

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**

**LA FRÉQUENCE DU TRAUMA COMPLEXE CHEZ DES ENFANTS MALTRAITÉS ET NON  
MALTRAITÉS SELON LES CRITÈRES DE LA PROPOSITION DIAGNOSTIQUE DU TROUBLE DE  
TRAUMA DÉVELOPPEMENTAL**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA  
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR  
MARIE-ÈVE GRISÉ BOLDUC**

**JUIN 2020**

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Sommaire

Les enfants exposés à de la maltraitance, des traumatismes interpersonnels répétés et des expériences de vie adverses peuvent développer des séquelles qui vont au-delà des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) et sont souvent mieux décrites par le concept de trauma complexe, qui offre un cadre intégrateur et unificateur de la variété et de la complexité des difficultés que ces enfants peuvent rencontrer. Toutefois, à ce jour, il n'existe aucun diagnostic, dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2015), pour saisir cette réalité. Pour combler cette lacune, un groupe d'experts (van der Kolk *et al.*, 2009) a élaboré la proposition diagnostique du *Developmental trauma disorder* (DTD), ou trouble de trauma développemental (TTD). Cependant, les études documentant la prévalence du TTD sont rares, alors qu'elles sont une étape cruciale du processus de validation de cette proposition diagnostique. La présente étude vise donc à documenter le nombre d'enfants pouvant présenter un TTD potentiel dans un échantillon d'enfants maltraités ( $n = 40$ ) et non maltraités ( $n = 80$ ) âgés de 4 à 6 ans. Les enfants maltraités ont été recrutés par le Centre jeunesse de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. Les enfants non maltraités ont quant à eux été recrutés auprès de Centres de la petite enfance (CPE), d'écoles, de Centres locaux de services communautaires (CLSC) de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et par le biais de listes de familles recevant des prestations d'aide sociale provenant du ministère de l'Emploi et de la Solidarité Sociale. Tous les enfants de l'échantillon étaient à risque sur le plan socio-économique, c'est-à-dire que le revenu familial annuel était inférieur à 30 000\$.

Puisque peu d'instruments permettent de mesurer la variété et l'étendue des symptômes du TTD, divers auteurs ont plutôt proposé d'utiliser différents instruments déjà existants, dont la combinaison permet d'évaluer l'éventail des difficultés y étant associées. Ainsi, nous avons sélectionné des items parmi différents instruments de mesure qui correspondent aux différents sous-critères et symptômes du TTD. Ces derniers ont été considérés comme potentiellement atteints lorsqu'un enfant se voyait attribuer le score le plus élevé à l'un des items sélectionnés. De cette façon, nous avons pu établir quels enfants répondaient potentiellement aux critères du TTD. Au sein de l'échantillon complet, 13 % ( $n = 15$ ) des enfants répondaient aux critères B, C et D de la proposition diagnostique du TTD. Parmi les enfants maltraités, 20 % ( $n = 8$ ) rencontraient les critères B, C et D, alors que 9 % ( $n = 7$ ) des enfants non maltraités rencontraient ces trois critères. Ces résultats offrent ainsi un appui empirique partiel à la proposition diagnostique du TTD. En effet, quoique la fréquence du TTD était plus élevée chez les enfants maltraités que chez les enfants non maltraités, il n'y avait aucune différence significative entre ces deux groupes. Toutefois, la fréquence observée chez les enfants maltraités est conforme à ce que d'autres études ont estimé (van der Kolk *et al.*, 2009; Stolbach *et al.*, 2013).

## Table des matières

Sommaire .....	ii
Remerciements .....	vii
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	4
Définition de la maltraitance .....	5
Ampleur de la maltraitance .....	6
Récurrence et cooccurrence de la maltraitance .....	7
Conséquences de la maltraitance .....	9
Attachement .....	9
Biologie .....	11
Régulation des affects .....	14
Dissociation .....	15
Régulation des comportements .....	16
Fonctions cognitives .....	18
Concept de soi .....	19
Maltraitance et traumatisme .....	20
Trauma complexe .....	24
Trouble dû à un trauma développemental .....	25
Évaluation du trauma complexe et du TTD .....	30
Études évaluant la fréquence du TTD .....	31
Objectifs .....	39

Méthode.....	42
Devis.....	43
Participants .....	43
Opérationnalisation de la variable « TTD » .....	46
Instruments de mesure.....	49
Behavior Rating Inventory of Executive Function – Preschool Version .....	49
Child Behavior Checklist – Caregiver-Teacher Report Form .....	50
Child Dissociative Checklist.....	51
Trauma Symptom Checklist for Young Children.....	51
Student-Teacher Relationship Scale .....	52
Profil socio-affectif.....	52
Procédure de séparation-réunion .....	53
Résultats .....	54
Stratégie d’analyses .....	55
Critère B .....	56
Critère C .....	56
Critère D .....	56
Critères B, C et D .....	57
Discussion .....	58
Limites.....	64
Conclusion.....	66
Références .....	69

Appendice A. Nouvelle version originale anglaise de la proposition diagnostique du <i>Developmental trauma disorder</i> (Ford <i>et al.</i> , 2019) .....	87
Appendice B. Appariement des items des questionnaires et de la mesure observationnelle avec les sous-critères/symptômes des critères B, C et D du TTD .....	90

## **Remerciements**

Je souhaite tout d'abord exprimer ma reconnaissance envers mon directeur, monsieur Tristan Milot, Ph.D., professeur au département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Ce dernier m'a rapidement accordé sa confiance, en me déléguant des responsabilités de coordination en lien avec son projet de recherche, et en me permettant d'accéder à de nombreuses opportunités toutes aussi pertinentes et enrichissantes les unes que les autres. Ma curiosité intellectuelle et ma soif d'apprentissage ont grandement été nourries dans les trois dernières années grâce à toi. Un immense merci également à ma co-directrice, madame Diane St-Laurent, Ph.D., professeure au département de psychologie de l'UQTR, qui est d'une rigueur exceptionnelle et d'une présence rassurante.

Je désire également remercier le Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille (CEIDF) de l'UQTR, qui offre un lieu d'échange et de partage instructif et rassembleur, sans oublier le Centre for Research on Children and Families (CRCF) de l'Université McGill, dirigé par madame Delphine Collin-Vézina, Ph.D., qui m'accorde la possibilité incroyable de participer à ses projets.

Merci aux mères et aux enfants ayant accepté de participer à ce projet de recherche et au nouveau volet de ce dernier, des années plus tard. Sans elles et sans eux, nous n'aurions pas l'opportunité de faire évoluer la science et l'intervention et surtout, de favoriser des changements de paradigmes dans nos institutions et notre société.



Une pensée spéciale pour ma famille : ma mère, mon père et mes deux frères.

Merci aussi à mes collègues étudiantes et étudiants, rencontrés lors de mes cours de maîtrise, lors de mon stage en pédopsychiatrie ou dans le cadre de l'assistantat de recherche : il fait bon d'avoir des amis soutenant, compréhensifs, présents et généreux dans son parcours universitaire.

Le dernier de ma liste, et non le moindre, est mon conjoint, Steve. Merci d'avoir compris mon désir de réorienter mon parcours professionnel et d'être présent pour moi. Et surtout, merci de croire en mes capacités.

Finalement, je ne peux passer sous silence le Fonds de Recherche du Québec - Société et Culture (FRQSC) et le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) pour le soutien financier ayant contribué à la réalisation de ma maîtrise et de mon mémoire.

« Fire can warm or consume, water can quench or drown, wind can caress or cut. And so it is with human relationships: we can both create and destroy, nurture and terrorize, traumatize and heal each other. » (Perry et Szalavitz, 2017, p. xxviii).

## **Introduction**

Les enfants exposés à de la maltraitance, des traumatismes interpersonnels répétés et des expériences de vie adverses peuvent développer des séquelles qui vont au-delà des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) et sont souvent mieux décrites par le concept de trauma complexe, qui offre un cadre intégrateur et unificateur de la variété et de la complexité des difficultés que ces enfants peuvent rencontrer (Ford et Courtois, 2009). Toutefois, à ce jour, il n'existe aucun diagnostic, dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5; APA, 2015), pour saisir cette réalité. Pour combler cette lacune, un groupe d'experts (van der Kolk *et al.*, 2009) a élaboré la proposition diagnostique du *Developmental trauma disorder* (DTD), ou trouble de trauma développemental (TTD). Cependant, les études documentant la prévalence du TTD sont rares, alors qu'elles sont une étape cruciale du processus de validation de cette proposition diagnostique. De plus, il existe peu d'études empiriques s'étant intéressées à la fréquence du TTD chez des enfants d'âge préscolaire : en effet, les rares études s'étant intéressées à ce sujet ont été réalisées auprès d'échantillons constitués principalement d'enfants d'âge scolaire et/ou d'adolescents. Or, il est important de s'intéresser aux enfants plus jeunes, afin de pouvoir identifier rapidement les difficultés qu'ils pourraient rencontrer et ainsi, leur offrir des services et du soutien appropriés. La présente étude vise donc à estimer le nombre d'enfants pouvant présenter un TTD potentiel auprès d'un échantillon d'enfants maltraités et non maltraités âgés de 4 à 6 ans et étant à risque sur le plan socio-économique.

Le présent mémoire débutera par la présentation d'un contexte théorique, où la documentation scientifique pertinente sur le sujet de recherche, les variables à l'étude et les liens entre elles sera exposée. Ainsi, avant toute chose, la maltraitance sera définie. Ensuite, des données sur l'ampleur, la cooccurrence, la récurrence et les conséquences de la maltraitance seront présentées, ainsi que le lien existant entre la maltraitance et les symptômes traumatiques, le concept de trauma complexe et la proposition diagnostique du TTD. Une recension des études évaluant la fréquence du TTD sera également réalisée. Suivra ensuite une présentation de la méthode utilisée afin d'atteindre les objectifs poursuivis. Une description du devis de recherche, des participants, de l'opérationnalisation de la variable « TTD » et des instruments de mesure sera donc fournie. Les résultats obtenus seront présentés en fonction de la proposition diagnostique du TTD et de ses différents critères. Puis, une discussion permettra d'analyser les résultats et d'aborder les limites de l'étude. Finalement, la dernière section permettra de faire ressortir les principales conclusions qui se dégagent de ce mémoire.

## Contexte théorique

### **Définition de la maltraitance**

La maltraitance peut être considérée comme différentes formes de mauvais traitements physiques ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence, d'exploitation commerciale ou autre. Ces mauvais traitements entraînent un préjudice réel ou potentiel pour la santé, la survie, le développement et la dignité de l'enfant, et se produisent dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir (Runyam, Wattam, Ikeda, Hassan et Ramiro, 2002). La maltraitance peut prendre la forme d'actes commis ou, à l'inverse, d'omission de certains comportements. Les actes commis sont concrets et observables (p. ex., abus physique, abus sexuel, menaces), alors que les omissions se traduisent par des difficultés dans la réponse aux besoins physiques, affectifs et éducatifs de l'enfant (p. ex., abandon, négligence). Cela peut aussi se traduire par un échec dans la protection de ce dernier en présence d'un danger (Centers for Disease Control and Prevention [CDCP], 2017; Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale, 2008). Ces actes peuvent donner lieu à une intervention des services de protection de la jeunesse, en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ).

De nombreuses études sur la maltraitance couvrent également une multitude d'autres expériences de vie pouvant être considérées adverses, communément appelées *Adverse Childhood Experiences* (Felitti *et al.*, 1998). Les 10 expériences les plus communes sont : 1) l'abus physique; 2) l'abus sexuel; 3) l'abus émotionnel; 4) la négligence

physique; 5) la négligence émotionnelle; 6) un problème de santé mentale d'un parent; 7) un problème d'abus de substances d'un parent; 8) l'emprisonnement ou les activités criminelles d'un parent; 9) l'exposition à la violence conjugale; 10) et la perte d'un parent suite à un divorce, un abandon ou un décès (CDCP, 2017).

### **Ampleur de la maltraitance**

Au Québec, au cours de l'année 2017-2018, les directeurs et directrices de la protection de la jeunesse ont traité 96 014 signalements, ce qui représente une moyenne de 263 situations d'enfants signalés par jour. De ce nombre, 40,6 % ont été retenus à des fins d'évaluation, et parmi ceux-ci, la sécurité et/ou le développement des enfants étaient jugés compromis dans 40 % des cas, en raison de la maltraitance dont ils étaient victimes (Gouvernement du Québec, 2018). Toujours en 2017-2018, 34 439 enfants étaient pris en charge par la direction de la protection de la jeunesse au Québec (Gouvernement du Québec, 2018), dont 3 613 dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec (Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, 2018). Parmi ces derniers, 48,8 % étaient pris en charge pour de la négligence ou un risque sérieux de négligence, ce qui demeure le motif principal d'intervention en protection de la jeunesse. Les autres motifs d'intervention sont les mauvais traitements psychologiques (20,3 %), l'abus physique ou un risque sérieux d'abus physique (13,6 %), les troubles de comportement sérieux (10,7 %), l'abus sexuel ou un risque sérieux d'abus sexuel (5,2 %) et l'abandon (1,3 %). Bien que des études d'incidence de la maltraitance soient réalisées au Québec, que ce soit à partir de données recueillies auprès de services de protection de

la jeunesse ou d'enquêtes menées auprès des familles, les experts s'entendent pour dire que l'ampleur du phénomène est probablement sous-estimée. En effet, de nombreuses situations ne seraient pas signalées aux autorités compétentes (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink et van IJzendoorn, 2015).

### **Récurrence et cooccurrence de la maltraitance**

La récurrence de la maltraitance est un phénomène courant, bien que les taux varient dans les différentes populations étudiées. Une étude de DePanfilis et Zuravin (1998) fait état d'un taux de récurrence allant de 1 à 2 % pour les cas à faible risque à 50 % pour les cas à haut risque.

Plusieurs études ont également rapporté la cooccurrence de différents types de maltraitance. Par exemple, Trickett, Mennen, Kim et Sang (2009) rapportent que de jeunes adolescents ayant vécu de l'abus émotionnel vivaient également de la violence physique dans 63 % des cas et de la négligence dans 76 % des cas. D'autres études rapportent que 95 % des enfants suivis en protection de la jeunesse pour négligence étaient aussi victimes d'autres types de maltraitance (Mennen, Kim, Sang et Trickett, 2010) et 48 % des enfants étant abusés physiquement vivaient une ou deux autres formes de maltraitance (Larrivée, Tourigny et Bouchard, 2007). De plus, la maltraitance apparaît souvent en cooccurrence avec d'autres types de dysfonctionnements familiaux ou sociaux, comme un parent ayant un problème de santé mentale ou d'abus de substance (Burke, Hellman, Scott, Weems et Carrion, 2011; Mustillo, Dorsey, Conover et Burns, 2011), de la violence familiale (Burke



*et al.*, 2011; McCrae, Chapman et Christ, 2006), de la criminalité (Burke *et al.*, 2011) et de la violence dans la communauté (Finkelhor, Ormrod, Turner et Hamby, 2005; Margolin et Gordis, 2000).

Ainsi, les enfants qui vivent des expériences de vie adverses sont plus à risque d'en vivre de nouveau. À cet égard, une étude rapporte que les deux tiers des adultes mentionnent avoir vécu au moins une expérience de vie adverse en enfance, et qu'entre 81 et 98 % de ceux-ci ont vécu au moins une autre expérience de ce type. La cooccurrence de plus d'une forme d'expérience d'adversité est donc fréquente. De plus, selon le type d'expérience vécue, la présence d'une seule expérience de vie adverse en enfance augmente de 2 à 18 fois la probabilité d'en vivre d'autres, comparativement à ceux qui n'en ont jamais vécu (Dong *et al.*, 2004). Une autre étude rapporte que les jeunes victimisés vivent en moyenne trois expériences de victimisation chacun. En outre, un enfant ayant été victimisé à une reprise a 69 % de chance d'être victimisé de nouveau dans la même année (Finkelhor *et al.*, 2005).

Le fait que la cooccurrence et la récurrence de la maltraitance soient bien documentées empiriquement mène à une conceptualisation plus large de ce phénomène, qui va au-delà de ses différentes formes individuelles. En effet, la maltraitance est souvent une condition de vie, et non une simple accumulation d'événements ponctuels et isolés.

### **Conséquences de la maltraitance**

Les enfants qui sont victimes de maltraitance sont vulnérables et dépendants de leurs donneurs de soins, et c'est souvent au sein de cette relation que les abus et la négligence ont lieu : ils sont donc soumis à des pressions contradictoires et incompatibles. Tel que l'évoque Herman (1992), ces enfants doivent trouver un moyen de préserver un sentiment de confiance envers des gens qui ne sont pas dignes de cette confiance, se sentir en sécurité dans des situations dangereuses, être en contrôle dans des situations imprévisibles et trouver du pouvoir dans des situations d'impuissance. Ainsi, les enfants victimes de maltraitance doivent compenser les échecs des soins et de protection des adultes avec un système de défenses psychologiques immature, ce qui entraîne chez eux des conséquences dévastatrices et persistantes.

Plusieurs études, tant cliniques qu'empiriques, ont montré que l'exposition à la maltraitance entraîne effectivement de lourdes conséquences sur le développement des enfants, touchant l'ensemble des sphères de leur fonctionnement. Cook *et al.* (2005) synthétisent ces conséquences selon sept dimensions, soit l'attachement, la biologie, la régulation des affects, la dissociation, la régulation des comportements, les cognitions et le concept de soi.

#### **Attachement**

Des patrons d'attachement inséculs (soit évitant, ambivalent ou désorganisé) sont souvent observés chez les enfants ayant vécu dans des environnements abusifs et

négligents. Par exemple, en 1999, Barnett, Ganiban et Cicchetti ont montré que la vaste majorité des enfants maltraités de leur échantillon avaient un attachement de type insécure (86 % chez les enfants de 12 mois, 77 % chez les enfants de 18 mois et 87 % chez les enfants de 24 mois). De plus, la majorité d'entre eux présentait un patron d'attachement désorganisé (86 % chez les enfants de 12 mois, 61 % chez les enfants de 18 mois et 75 % chez les enfants de 24 mois). Des résultats similaires ont été observés par Cicchetti, Rogosch et Toth (2006), alors que 99 % des 137 enfants maltraités de 12 mois de leur étude avaient un attachement de type insécure : 89 % d'entre eux avaient un patron d'attachement désorganisé, 6 % étaient évitants et 4 % étaient ambivalents. Ainsi, moins de 1 % d'entre eux avaient un attachement de type sécure. Pour tous les patrons d'attachement de type insécure, la proportion était significativement plus élevée que dans le groupe contrôle.

Une méta-analyse (Cyr, Euser, Barkemans-Kranenburg et van IJzendoorn, 2010) a examiné l'impact de la maltraitance et d'un faible statut socio-économique sur la sécurité et la désorganisation d'attachement. Cinquante-cinq études portant sur 4792 enfants ont été colligées, totalisant 59 échantillons d'enfants à risque élevé non maltraités ( $n = 4336$ ) et 10 échantillons d'enfants maltraités ( $n = 456$ ). Les résultats ont montré que les enfants non maltraités et maltraités vivant dans des conditions à risque élevé présentaient des patrons d'attachement moins sécurés et plus désorganisés que les enfants provenant de milieu à plus faible risque. En outre, les enfants maltraités avaient des types d'attachement moins sécurés et plus désorganisés que les autres enfants non maltraités à risque élevé.

Cependant, les enfants exposés à de hauts risques socio-économiques (faible niveau d'éducation, faible revenu, monoparentalité ou mère adolescente, minorité ethnique et abus de substance) n'étaient pas significativement moins désorganisés que les enfants maltraités, ce qui illustre l'impact majeur de l'accumulation de risques socio-économiques.

### **Biologie**

Plusieurs chercheurs ont étudié l'association entre la maltraitance et la sécrétion de cortisol, qui est une hormone dont la production est gérée par l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien (HPS). Quoique les résultats des études soient mitigés, l'hypothèse la plus souvent retrouvée est que les enfants maltraités peuvent présenter deux types de profil distincts de dérégulation physiologique, soit l'hyperactivité ou l'hypoactivité de l'axe HPS (Tarullo et Gunnar, 2006). En général, des taux anormalement élevés de cortisol dans l'organisme sont associés à des problèmes intériorisés (Cicchetti et Rogosch, 2001; De Bellis *et al.*, 1999; Gunnar et Vazquez, 2006), alors que des taux anormalement bas sont associés à des problèmes extériorisés (Alink *et al.*, 2008; McBurnett, Lahey, Rathouz et Loeber, 2000; Shirtcliff, Granger, Booth et Johnston, 2005).

En ce qui a trait aux impacts de la maltraitance sur le cerveau, certaines régions seraient touchées, notamment le corps calleux, qui est une partie du cerveau qui connecte ses deux hémisphères (De Bellis *et al.*, 1999; Teicher *et al.*, 2003; Teicher *et al.*, 2004; Teicher, Ito, Glod et Andersen, 1997). Les enfants ayant un développement normatif

passent ainsi progressivement de la dominance de l'hémisphère droit de leur cerveau, qui est davantage lié aux émotions et aux perceptions, vers l'hémisphère gauche, qui est lié au langage, au raisonnement abstrait et à la planification à long terme : l'objectif est donc une intégration des deux hémisphères. Toutefois, les enfants maltraités démontrent des lacunes sur ce plan et vont donc présenter des capacités analytiques amoindries, ce qui les rend vulnérables sur les plans cognitif, émotionnel et comportemental et leur fait vivre de l'impuissance, de la confusion, du repli sur soi et de la colère (Cook *et al.*, 2005).

Bien que les différentes études rapportent des résultats variables, certaines évoquent également des réductions sur le plan du volume de l'hippocampe chez les adultes ayant vécu de la maltraitance durant l'enfance (Bremner *et al.*, 1997; Driessen *et al.*, 2000; Stein, 1997). L'hippocampe joue un rôle crucial dans la mémoire, tout particulièrement dans l'encodage et la récupération de l'information épisodique (Desgranges, Baron et Eustache, 1998), ainsi que dans la symptomatologie dissociative (Stein, 1997).

Une autre région du cerveau qui est affectée est le cortex préfrontal, qui apparaît immature chez les individus victimes de maltraitance en enfance (Frodl, Reinhold, Koutsouleris, Reiser et Meisenzahl, 2010; Tomoda *et al.*, 2009). Cette structure cérébrale contribue au développement des fonctions exécutives, telles que la planification, la flexibilité mentale, la mémoire de travail, l'organisation, l'attention et le raisonnement (Bernard, Lind et Dozier, 2014).

En ce qui a trait à des problèmes de santé physiologique, les résultats d'une méta-analyse (Wegman et Steltler, 2009) indiquent que la violence envers les enfants est associée à un risque accru d'effets négatifs sur la santé physique à l'âge adulte. Les effets les plus importants concernent les problèmes neurologiques et musculo-squelettiques, suivis par les problèmes respiratoires, les maladies cardiovasculaires, les troubles gastro-intestinaux et métaboliques. Les auteurs de cette méta-analyse mentionnent également que l'ampleur du risque est comparable à l'association entre la violence envers les enfants et les impacts psychologiques y étant associés. Des chercheurs ont également montré une relation claire entre des expériences de vie adverses et la mortalité prématurée (Brown, 2009), les maladies cardiaques, l'obésité (Williamson, Thompson, Anda, Dietz et Felitti, 2002), le cancer et les maladies respiratoires chroniques (Felitti *et al.*, 1998).

Les recherches étudiant le lien entre l'exposition à des expériences de vie adverses et les impacts sur la santé physique durant l'enfance sont plus rares. Toutefois, Flaherty *et al.* (2006) ont pu observer que les enfants ayant vécu des expériences de vie adverses étaient plus susceptibles d'avoir une mauvaise santé générale et d'avoir une maladie nécessitant des soins médicaux que les enfants n'ayant pas vécu ce genre d'expériences. En effet, l'exposition à une de ces expériences a presque doublé le risque de mauvaise santé générale et quatre expositions ou plus ont presque triplé le risque de maladie nécessitant des soins médicaux.

Les personnes ayant vécu de la maltraitance présentent également des problèmes en termes de somatisation, qui sont des plaintes physiques multiples et récurrentes sans cause médicale apparente (Putnam, 1997). Afari *et al.* (2014) ont réalisé une méta-analyse qui a permis de constater que les personnes ayant vécu des traumatismes pendant l'enfance et l'âge adulte, incluant notamment des abus de nature psychologique, émotionnelle, sexuelle ou physique, étaient 2,7 fois plus à risque de présenter des syndromes somatiques.

### **Régulation des affects**

Les recherches sur la maltraitance en enfance et son impact sur les processus émotionnels portent sur deux aspects principaux, soit la réactivité émotionnelle et la régulation émotionnelle. La première est la réaction d'un individu lorsqu'une émotion survient, c'est-à-dire le sentiment subjectif, la manifestation comportementale et la réponse corporelle. La seconde est la façon dont les individus peuvent influencer comment ils vivent et peuvent exprimer leurs émotions (Gross, 1998; Gross et Jazaieri, 2014). Une récente méta-analyse (Lavi, Katz, Ozer et Gross, 2019) rapporte que les enfants maltraités avaient, de façon significative, davantage de difficultés que les enfants non maltraités, tant sur le plan de la réactivité émotionnelle que de la régulation émotionnelle. Plus précisément, en ce qui a trait à la réactivité émotionnelle, les enfants maltraités présentaient davantage de comportements agressifs et de niveaux élevés d'émotions négatives (p. ex., tristesse, hostilité, peur), ainsi que de plus faibles niveaux d'émotions positives (p. ex., joie, bonheur). En ce qui a trait à la régulation émotionnelle, les enfants

maltraités avaient de plus faibles capacités d'adaptation et de résolution de problèmes et étaient davantage dérégulés sur le plan affectif (p. ex., difficultés à contrôler les émotions).

### **Dissociation**

La dissociation se caractérise par une perturbation des fonctions de la mémoire, de la conscience, de l'identité, de la perception de l'environnement (APA, 1994) et des fonctions sensorielles (Nijenhuis, Spinhoven, van Dyck, van der Hart et Vanderlinden, 1996). Elle implique un manque d'intégration ou d'association de l'information et de l'expérience, et ses fonctions de défense peuvent se catégoriser de trois façons : 1) l'automatisation des comportements; 2) la compartimentation des informations et des affects; et 3) l'altération de l'identité et la distanciation du soi (Putnam, 1997). Confrontés à des situations extrêmes, que ce soit de la négligence ou différents types d'abus, les enfants maltraités doivent trouver une façon de se protéger, et ces processus défensifs leur permettent de réduire la douleur psychologique associée : comme ils sont vulnérables et dépendants des adultes, ils peuvent difficilement se soustraire physiquement de leurs abuseurs et s'en remettent donc à des processus de fuite psychologique, qui leur permettent de survivre.

Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson et Egeland (1997) ont démontré que l'âge auquel sont vécus les traumatismes (incluant notamment la maltraitance), ainsi que la chronicité et la gravité de ceux-ci, étaient fortement corrélés et prédisaient le niveau de dissociation. Une méta-analyse (Vonderlin *et al.*, 2018) a également révélé que les



victimes de violence et de négligence durant l'enfance présentaient des scores de dissociation plus élevés que les enfants non maltraités, avec des scores plus élevés pour la violence sexuelle et physique. De plus, un âge de victimisation précoce, une durée plus longue de la maltraitance et la violence provenant des parents prédisaient des scores de dissociation significativement plus élevés. Schalinski *et al.* (2016) ont également pu démontrer que des expériences de vie adverses vécues durant l'enfance avaient un effet proportionnel sur les symptômes dissociatifs à l'âge adulte selon la durée, la multiplicité et la gravité de ces différents types de mauvais traitements.

### **Régulation des comportements**

Une méta-analyse (Liu, 2019) a émis le constat qu'il existe une association positive entre la maltraitance vécue et l'impulsivité chez les enfants. L'ampleur de l'effet est faible dans le cas de la violence sexuelle et moyenne ou grande dans le cas de violence psychologique.

En ce qui a trait aux problèmes de comportements intériorisés et extériorisés, une étude (Freeman, 2014), qui a suivi des enfants de la naissance à l'âge de 6 ans, rapporte que plus les enfants avaient vécu des expériences de vie adverses, plus le risque de manifester ces types de comportements était présent. Trois expériences de vie adverses et plus ont plus que quadruplé le risque de présenter des problèmes de comportements internalisés et presque quadruplé le risque de présenter des problèmes de comportements

extériorisés. Par ailleurs, plus les expériences de vie adverses vécues étaient nombreuses, plus elles étaient associées à des problèmes de comportement à long terme.

Chez les enfants victimes d'abus sexuels, des comportements sexualisés problématiques ont pu être observés dans différentes études (Cosentino, Meyer-Bahlburg, Alpert, Weinberg et Gaines, 1995; Friedrich, 1993; Friedrich *et al.*, 1992; Trickett, Noll et Putnam, 2011), ainsi que des comportements sexuels à risque (Trickett *et al.*, 2011). L'intensité de l'abus, la durée, la fréquence et la relation avec l'agresseur font partie des facteurs qui influencent le degré de symptomatologie (Kendall-Tackett, William et Finkelhor, 1993).

Les impacts de la maltraitance peuvent aussi s'observer en termes de comportements autodestructeurs. En effet, l'association entre la maltraitance et l'automutilation a été étudiée dans des échantillons d'enfants aussi jeunes que quatre ans (Paul et Ortin, 2019). Des revues systématiques ont aussi identifié que la maltraitance pendant l'enfance était associée à des comportements suicidaires et à la mort par suicide (Miller, Esposito-Smythers, Weismore et Renshaw, 2013; Serafini *et al.*, 2015). van der Kolk, Perry et Herman (1991) ont constaté que cet effet pouvait perdurer dans le temps, puisque les antécédents d'abus physique et sexuel étaient hautement prédictifs des comportements d'automutilation et des tentatives de suicide dans leur échantillon d'adultes.

L'abus de substances fait également partie des problèmes de régulation des comportements présents chez les personnes ayant vécu de la maltraitance pendant l'enfance. Une revue systématique (Thege *et al.*, 2017) confirme l'existence d'associations entre l'exposition à différents types de maltraitance et de victimisation et des comportements de dépendance. De plus, ces associations ont été observées plus fréquemment dans les études portant sur les traumatismes vécus en enfance par rapport aux traumatismes vécus à l'âge adulte.

### **Fonctions cognitives**

La maltraitance envers les enfants est reconnue comme un des facteurs liés au dysfonctionnement cognitif (Crozier et Barth, 2005; Majer, Nater, Lin, Capuron et Reeves, 2010). Une récente méta-analyse (Su, D'Arcy, Yuan et Meng, 2019) indique que neuf domaines liés au fonctionnement cognitif étaient associés de façon significative à de multiples formes de mauvais traitements. Ces différents domaines sont : 1) le développement cognitif général; 2) la mémoire; 3) le rendement scolaire; 4) la compréhension verbale; 5) l'intelligence; 6) le fonctionnement exécutif; 7) la vitesse de traitement; 8) le raisonnement perceptif; et 9) le raisonnement non verbal. L'intelligence et les fonctions exécutives étaient les domaines de déficiences cognitives les plus fréquemment observés.

En ce qui a trait aux fonctions exécutives plus spécifiquement, des déficits liés à la mémoire de travail, au contrôle inhibiteur, à la flexibilité cognitive, à la planification et

à la résolution de problèmes sont observés (Bücker *et al.*, 2012; Cowell, Cicchetti, Rogosch et Toth, 2015; Nadeau et Nolin, 2013). Par ailleurs, les dysfonctionnements neurodéveloppementaux à l'âge adulte sont l'une des conséquences durables des mauvais traitements infligés aux enfants (Gould *et al.*, 2012; Ritchie *et al.*, 2011).

### **Concept de soi**

Des études ont rapporté que la maltraitance vécue pendant l'enfance était associée à une faible estime de soi (Bolger, Patterson et Kupersmidt, 1998; Fergusson, McLeod et Horwood, 2013; Turner, Finkelhor et Ormrod, 2010). Barbosa Pacheco, Irigaray, Werlan, Tiellet Nunes et de Lima Argimon (2014) ont d'ailleurs réalisé une méta-analyse soutenant ce fait. Les enfants ayant vécu de la maltraitance ont aussi tendance à se décrire de façon négative (van Harmelen *et al.*, 2010) et moins compétente que leurs pairs non maltraités (Cicchetti et Lynch, 1995). Des études révèlent aussi que les représentations de soi sont plus négatives chez les enfants maltraités que chez les enfants non maltraités (Toth, Cicchetti, Macfie et Emde, 1997; Toth, Cicchetti, Macfie, Maughan et Vanmeenen, 2000). Une récente étude (Chiu, Ho, Tollenaar, Elzinga et Zhang, 2019) a également montré que les adultes ayant subi de la maltraitance durant l'enfance avaient tendance à s'attribuer les représentations externes d'elles-mêmes comme étant des représentations internes, ce qui pouvait avoir un impact sur le développement du schéma de soi.

### Maltraitance et traumatisme

Une multitude d'études ont montré un lien entre la maltraitance et le développement de symptômes traumatiques (Hulette, Fisher, Kim, Ganger et Landsverk, 2008; Milot, Éthier, St-Laurent et Provost, 2010; Sullivan, Fehon, Andres-Hyman, Lipschitz et Grilo, 2006; Widom, 1999), même si on a longtemps pensé que le psychisme des enfants était imperméable aux traumatismes étant donné leur immaturité affective et un effet potentiel de protection de la part de leur univers imaginaire (Crocq, 2001). La possibilité pour un enfant d'être traumatisé est donc aujourd'hui largement reconnue, notamment par la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5; APA, 2015). En effet, le DSM-5 (APA, 2015) prend en compte les événements traumatiques et les symptômes qui en résultent sous la forme du diagnostic de TSPT. En résumé, le premier critère de ce diagnostic, soit le critère A, implique une « exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles » (APA, 2015, p. 350), que ce soit en étant témoin direct ou indirect. Le critère B, quant à lui, réfère à des « symptômes envahissants associés » à l'événement traumatique; le critère C à de l'« évitement persistant des stimuli » y étant associés; le critère D à des « altérations négatives des cognitions et de l'humeur »; et le critère E à des « altérations marquées de l'éveil et de la réactivité ». Le critère F implique une durée des perturbations de plus d'un mois, alors que le critère G implique des perturbations entraînant « une souffrance cliniquement significative » sur différents plans (p. ex., social, professionnel). Finalement, le critère H indique que ces perturbations ne doivent pas être

imputables « aux effets physiologiques d'une substance [...] ou à une autre affection médicale. » (APA, 2015, p. 351).

Habituellement, les critères diagnostiques d'un trouble en décrivent les manifestations, et non pas les causes. De ce fait, on qualifie le DSM-5 (APA, 2013) d'ouvrage « athéorique » (Folette et Houts, 1996). Cependant, la ou les causes du TSPT sont reconnues à même ses critères diagnostiques, soit le critère A, ce qui le distingue des autres diagnostics du DMS-5 (APA, 2013). Conséquemment, seules les personnes ayant vécu un ou des traumatismes peuvent recevoir ce diagnostic. Il est à noter que le TSPT est une conséquence plus fréquente chez les personnes ayant vécu un événement traumatique isolé (Green *et al.*, 2000), comme un accident d'automobile, une catastrophe naturelle ou en étant témoin d'un acte violent. Ainsi, malgré l'évidence que la maltraitance ait un caractère traumatique, le diagnostic de TSPT n'est pas celui que l'on retrouve le plus souvent chez les enfants en ayant vécu (van der Kolk *et al.*, 2009). Ce phénomène s'explique par différentes raisons.

Tout d'abord, le critère A du TSPT, où l'on définit ce qui peut causer un traumatisme, est restrictif dans sa façon de considérer les expériences potentiellement traumatisantes. Il exclut des expériences comme les perturbations dans les relations d'attachement ou des agressions interpersonnelles qui n'impliquent pas nécessairement une menace à la vie ou à l'intégrité physique. Il y a pourtant une multitude d'autres expériences que l'on peut considérer adverses, mais qui ne sont pas reconnues par l'APA

par le biais du critère A du TSPT. Ces expériences peuvent sembler anecdotiques lorsqu'elles sont vécues de façon ponctuelle et isolée, mais peuvent tout de même affecter les enfants lorsqu'elles sont vécues de façon répétée et chronique (p. ex., manque de nourriture, habillement inadéquat en fonction des saisons, supervision parentale déficiente, manque de sensibilité et de prévisibilité du parent). De plus, il a été démontré que l'expérience subjective d'une personne à l'égard d'un événement (p. ex., peur intense, impuissance, désespoir, colère, culpabilité), et non la nature de l'événement lui-même, est déterminante en ce qui peut être considéré comme traumatique pour une personne (Dewey et Schuldberg, 2013). Dewey et Schuldberg (2013) ont en effet montré que la détresse péritraumatique est associée à des symptômes de TSPT plus élevés, peu importe si le stressor répond ou non au critère A (exposition).

Ensuite, force est de constater que les critères B, C, D et E du diagnostic de TSPT ne tiennent pas suffisamment compte des conséquences développementales de la maltraitance et des traumatismes interpersonnels et chroniques (Briere et Spinazzola, 2005; D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola et van der Kolk, 2012). En effet, les enfants ayant vécu de la maltraitance présentent des symptômes allant au-delà de ceux du TSPT, et vont donc plutôt rencontrer les critères diagnostiques d'autres troubles, comme la dépression, le déficit d'attention avec ou sans hyperactivité, le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble des conduites, les troubles alimentaires, les troubles du sommeil, les troubles de la communication, le trouble d'anxiété de séparation, ou encore le trouble réactionnel de l'attachement (Cook *et al.*, 2005; D'Andrea *et al.*, 2012; van der Kolk, 2005, 2014). Il est

d'ailleurs observé que les enfants ayant subi de la maltraitance peuvent cumuler plusieurs diagnostics en comorbidité afin de prendre en compte les différents symptômes qu'ils présentent, voire une moyenne de 3 à 8 diagnostics (van der Kolk, 2014). Le risque de présenter différents diagnostics est clairement identifié dans la littérature, que ce soit pendant l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte (Briggs-Gowan *et al.*, 2010; Copeland, Keeler, Angold et Costello, 2007; Ford, Connor et Hawke, 2009; Ford, Elhai, Connor et Frueh, 2010; Mueser et Taub, 2008; Sansone, Songer et Miller, 2005). Par exemple, Sroufe, Egeland, Carlson et Collins (2005) rapportent que 30 % des enfants non maltraités défavorisés de leur échantillon présentaient au moins deux diagnostics, alors que cette proportion augmentait à 54 % chez les enfants ayant vécu de la négligence physique, 60 % chez les enfants ayant vécu de l'abus physique, 73 % chez ceux ayant vécu de l'abus sexuel et 73 % chez les enfants ayant vécu de la négligence psychologique. Par conséquent, il semble que de nombreux enfants portent le poids d'une multitude de diagnostics, pouvant être inexacts, erronés ou cumulés de façon inappropriée.

Selon certaines études, le TSPT serait le cinquième (Ackerman, Newton, McPherson, Jones et Dykman, 1998) voire le dixième (Copeland *et al.*, 2007) diagnostic le plus commun chez les enfants ayant été exposés à des événements traumatiques, ce qui remet en question la pertinence de ce seul diagnostic pour décrire les traumatismes chez les enfants. De plus, 40 % des enfants ayant vécu des traumatismes présentent au moins un autre diagnostic psychiatrique, et cette proportion augmente proportionnellement au nombre de traumatismes vécus (Copeland *et al.*, 2007). Selon Spinazzola *et al.* (2005),



50 % des enfants ayant vécu des traumatismes présentaient des symptômes autres que ceux du TSPT. En réaction à ces enjeux, un nombre croissant de chercheurs et de cliniciens ont proposé et adhéré au concept de « trauma complexe » afin d'expliquer la variété et la multiplicité des conséquences liées à la maltraitance et aux symptômes traumatiques, qui vont au-delà du TSPT.

### **Trauma complexe**

Le trauma complexe est un concept clinique qui s'appuie notamment sur la documentation récente sur la théorie de l'attachement et la neurobiologie du stress traumatique (Kliethermes, Schacht et Drewry, 2014). Il est défini comme une condition qui résulte de l'exposition chronique et répétée à des traumatismes de nature interpersonnelle, telle que la maltraitance. Ces traumatismes se vivent donc par le biais des relations humaines, plutôt qu'être causés par des éléments externes (p. ex., catastrophe naturelle, accident d'automobile). Ces traumatismes surviennent à des périodes développementales vulnérables, comme la petite enfance et l'adolescence, ou ébranlent significativement les acquis développementaux à n'importe quel moment de la vie. Le trauma complexe implique également un tort direct au moyen de différentes formes d'abus (psychologiques, physiques et/ou sexuels), de négligence ou d'abandon du donneur de soin principal (Ford et Courtois, 2013). Ce concept offre un cadre intégrateur de l'ensemble des difficultés d'adaptation présentes chez les enfants ayant vécu de la maltraitance plutôt qu'un événement traumatique isolé. Au fil des ans, ce concept a gagné en popularité et en

crédibilité, et de nombreuses études ont montré sa pertinence (Ford *et al.*, 2009; Spinazzola *et al.*, 2005; Wamser-Nanney, 2016; Wamser-Nanney et Vandenberg, 2013).

Les traumatismes cumulés à l'enfance sont fortement associés à la complexité des symptômes, c'est-à-dire le nombre total de différents types de symptômes rapportés (Briere, Kaltman et Green, 2008; Hodges *et al.*, 2013). En effet, chaque traumatisme additionnel augmente la complexité des symptômes de 17 % et le cumul de traumatismes influence de façon significative la présence de symptômes à l'âge adulte (Cloitre *et al.*, 2009). Les résultats d'une étude révèlent également que plus le nombre de périodes développementales au cours desquelles des traumas ont été vécus est élevé, plus la gravité des symptômes traumatiques et des problèmes de comportement intériorisés et extériorisés est grande (Dierkhising, Ford, Branson, Grasso et Lee, 2018). De plus, le nombre de symptômes et de diagnostics augmente significativement lorsque de multiples formes de traumas sont vécues en enfance (Finkelhor, Ormrod et Turner, 2007; Ford *et al.*, 2010; Gustafsson, Nilsson et Svedin, 2009; Holt, Finkelhor et Kantor, 2007).

### **Trouble dû à un trauma développemental**

En 2005, en réponse à la demande du groupe de travail sur le trauma complexe du National Child Traumatic Stress Network (NCTSN)<sup>1</sup>, le chercheur et clinicien Dr. Bessel

---

<sup>1</sup> Le NCTSN a été créé par le Congrès américain en 2000 dans le cadre du Children's Health Act afin d'améliorer les soins et l'accès aux services pour les enfants et les familles qui vivent des événements traumatisants ou en sont témoins (NCTSN, 2020).

van der Kolk a proposé de traduire le concept clinique de trauma complexe en une nouvelle proposition diagnostique, soit le TTD (van der Kolk, 2005). Le NCTSN formulait le besoin d'un diagnostic plus approprié pour les enfants ayant des antécédents de vie complexes et présentant des portraits cliniques variés, mais ayant tous un tronc commun. De ce fait, un des objectifs principaux de cette proposition était de remédier aux limites du diagnostic du TSPT pour les enfants ayant vécu de la maltraitance et des traumatismes interpersonnels chroniques et répétés.

Suite à l'ébauche présentée en 2005, van der Kolk *et al.* proposent, en 2009, une version bonifiée de la proposition diagnostique du TTD, qui regroupe un ensemble de critères précis incluant l'histoire d'exposition traumatique, ainsi que les différents symptômes et difficultés fonctionnelles associés au trauma complexe. van der Kolk *et al.* (2009) ont basé l'élaboration de la proposition diagnostique du TTD sur différentes banques de données qui incluent, par exemple, des enfants ou des adolescents étant en famille d'accueil, ayant été exposés à des événements traumatiques, recevant des services en pédopsychiatrie, étant exposés à de la violence domestique ou étant en centre de détention. Le constat général de cet effort est que les enfants et adolescents provenant des différents échantillons présentaient davantage de symptômes cliniques lorsqu'ils avaient été exposés à des traumatismes s'apparentant au critère A du TTD (c'est-à-dire qu'ils avaient vécu ou avaient été témoins d'événements adverses multiples ou prolongés pendant une période d'au moins un an débutant dans l'enfance ou l'adolescence) que les enfants n'ayant pas été exposés à ce genre de traumatismes. Les auteurs estimaient

qu'entre 15 % et 25 % des enfants étant référés pour des services en lien avec un historique de traumatismes rencontreraient les critères du TTD. Finalement, quelques modifications sont apportées en 2018 à la proposition diagnostique, dans une étude de validation d'une entrevue semi-structurée visant à évaluer le TTD (Ford, Spinazzola, van der Kolk et Grasso, 2018), et une nouvelle version datant de 2019 (Ford, van der Kolk et Spinazzola, 2019) est également disponible.

La proposition diagnostique du TTD la plus récente (Ford *et al.*, 2019) comprend tout d'abord le critère A, qui implique l'exposition à des traumatismes de nature développementale au cours de l'enfance et de l'adolescence. Plus précisément, l'enfant doit avoir vécu des ruptures d'attachement au sein de son système primaire de soins, par exemple un donneur de soin indisponible, de la négligence, une séparation prolongée ou de l'abus émotionnel ou verbal (A1), ainsi que des formes de victimisation interpersonnelle telles qu'être témoin ou victime d'abus physique ou sexuel, ou témoin de violence conjugale (A2; Ford *et al.*, 2019).

Le critère B réfère quant à lui à des difficultés dans la régulation affective et somatique. De façon détaillée, le sous-critère B1 concerne les difficultés de régulation émotionnelle et le sous-critère B2 les difficultés de régulation somatique. La dissociation émotionnelle ou corporelle forme le sous-critère B3, alors que les difficultés à décrire les émotions ou les sensations corporelles forment le sous-critère B4. Afin de rencontrer le critère B, 3 des 4 sous-critères doivent être présents (Ford *et al.*, 2019).

Le critère C décrit les difficultés dans la régulation de l'attention et des comportements, en ce qui a trait à des préoccupations biaisées à l'égard des dangers potentiels (C1), à une capacité altérée d'autoprotection (C2), des tentatives d'autoapaisement inadaptées (C3), de l'automutilation (C4) et une capacité altérée d'amorcer ou de maintenir un comportement orienté vers un but (C5). Afin de rencontrer le critère C, 2 des 5 sous-critères doivent être présents (Ford *et al.*, 2019).

Le critère D réfère à des difficultés relationnelles et des problèmes d'identité et comprend six sous-critères, soit une perception de soi négative persistante (D1), un attachement insécure et désorganisé (D2), une absence de confiance et de réciprocité dans les relations proches (D3), des comportements d'agression physique ou verbale (D4), des frontières déficitaires (D5) ou des difficultés en ce qui a trait à l'empathie (D6). Afin de rencontrer le critère D, 2 des 6 sous-critères doivent être présents (Ford *et al.*, 2019).

Le critère E réfère à la présence d'au moins 2 symptômes du TSPT provenant de 2 des 3 critères symptomatiques, alors que le critère F implique que la durée des perturbations doit être d'au moins 6 mois. Le critère G réfère quant à lui à des impacts fonctionnels significatifs dans au moins deux domaines (p. ex., familial, relationnel, scolaire, professionnel, médical, récréatif; van der Kolk *et al.*, 2009).

La proposition diagnostique originale anglaise de la version la plus récente du TTD (critères A, B, C et D; Ford *et al.*, 2019) apparaît dans l'Appendice A, incluant les

symptômes présents dans certains des sous-critères, qui n'ont pas été décrits précédemment.

La proposition diagnostique du TTD a été proposée pour être incluse au DSM-5 (APA, 2013). Toutefois, la proposition a été rejetée par l'APA, arguant que le TTD était davantage une intuition clinique qu'un fait basé sur la recherche (van der Kolk, 2014). Il a également été jugé qu'il n'y avait pas assez de preuves établissant que le tableau clinique du TTD était suffisamment distinct de celui du TSPT (Resick *et al.*, 2012). Malgré cela, plusieurs chercheurs et cliniciens défendent toujours cette proposition (p. ex., D'Andrea *et al.*, 2012; Ford *et al.*, 2018; Kisiel *et al.*, 2014; Spinazzola, van der Kolk et Ford, 2018; Stolbach *et al.*, 2013; van der Kolk, 2014; van der Kolk, Ford et Spinazzola, 2019). D'ailleurs, la nouvelle *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes connexes* (CIM-11; Organisation mondiale de la santé [OMS], 2019) inclut le diagnostic de trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C). Le TSPT-C a de nombreuses ressemblances avec la proposition diagnostique du TTD (Karatzias *et al.*, 2017). Cependant, la CIM-11 n'entrera pas en vigueur avant 2022 (OMS, 2018).

La communauté scientifique et clinique soutenant la reconnaissance du TTD croit que ce diagnostic représenterait mieux l'ampleur et la portée des difficultés d'adaptation qui résultent des traumatismes vécus pendant l'enfance que le diagnostic de TSPT. De plus, il est estimé que l'intervention et les traitements offerts aux enfants recevant des diagnostics inexacts, erronés ou cumulés de façon inappropriée risquent de cibler

seulement certaines de leurs difficultés et mal comprendre leur étiologie, être incohérents ou inadaptés, ou mettre trop d'accent sur le contrôle des manifestations comportementales présentées par les enfants, plutôt que de promouvoir une approche prenant en compte la diversité des symptômes et ce qui les sous-tend (van der Kolk, 2014; van der Kolk *et al.*, 2009).

### **Évaluation du trauma complexe et du TTD**

À ce jour, il n'existe aucun instrument validé pour l'évaluation du TTD, ou du trauma complexe plus largement, quoique certains soient en cours de validation, comme le Developmental Trauma Disorder Semi-Structured Interview (DTD-SI) de Ford *et al.* (2018) et le Cameron Complex Trauma Interview de King, Solomon et Ford (2017). En conséquence, divers auteurs ont plutôt proposé d'utiliser, du moins pour l'instant, une batterie d'instruments déjà existants, dont la combinaison permet d'évaluer l'éventail des difficultés d'adaptation associées au trauma complexe et au TTD (Briere et Lanktree, 2012; Briere et Spinazzola, 2005; Briere et Spinazzola, 2009; Denton, Frogley, Jackson, John et Querstret, 2017; Ford, Nader et Fletcher, 2013; Ford *et al.*, 2018; Strand, Sarmiento et Pasquale, 2005).

En plus d'utiliser plusieurs types d'instruments, il est également recommandé de favoriser les sources d'information multiples. Ainsi, des mesures autorapportées, des évaluations complétées par les donneurs de soins et par les enseignants ainsi que des

entrevues et des séances d'observations directes permettent de couvrir une large gamme de symptômes (Brown, 2009; Courtois et Ford, 2012).

### **Études évaluant la fréquence du TTD**

Quelques études ont été menées afin de documenter la validité conceptuelle du TTD. Ces études ont principalement documenté la fréquence d'un TTD potentiel auprès de différents échantillons d'enfants et d'adolescents, contribuant à démontrer l'applicabilité de cette proposition diagnostique et permettant de mieux comprendre comment la mesurer. L'étude de Klasen, Gehrke, Metzner, Blotevogel et Okello (2013) a permis, pour une première fois, de tester l'applicabilité des critères de la proposition diagnostique du TTD chez des enfants et adolescents soldats ougandais. Stolbach *et al.* (2013) ont pour leur part mené une étude auprès d'un échantillon d'enfants et d'adolescents qui recevaient des services d'un centre de traitement pour les traumatismes. Finalement, en 2018, Ford *et al.* ainsi que Spinazzola *et al.* ont étudié la fréquence d'un TTD potentiel au sein d'un échantillon d'enfants recevant des services ou étant référés pour des problèmes de santé mentale<sup>2</sup>. Dans les prochains paragraphes, nous décrivons plus en détail chacune de ces études, en plus de deux autres études qui ont utilisé le modèle du TTD, mais sans en mesurer la fréquence (Ma et Li, 2014; McDonald, Borntrager et Rostad, 2014).

---

<sup>2</sup> Une autre étude sur la fréquence du TTD existe, mais comme l'article est en allemand, seules les informations provenant du résumé anglais sont disponibles. Ainsi, la décision a été prise de ne pas l'inclure dans notre recension des études ayant mesuré le TTD.



Klasen *et al.* (2013) ont étudié la fréquence d'un TTD potentiel (van der Kolk *et al.*, 2009) chez des enfants et adolescents soldats ougandais âgés de 11 à 17 ans ( $N = 330$ ;  $M = 14,44$  ans). Afin d'évaluer le nombre d'expériences traumatiques associées à la guerre, un questionnaire basé sur la recherche auprès des enfants soldats ougandais (Bayer, Klasen et Adam, 2007) et le Child War Trauma Questionnaire (CWTQ; Macksoud, 1990) ont été utilisés. Un questionnaire a aussi été développé afin d'évaluer l'exposition à la violence domestique et à la violence dans la communauté, incluant différents types de violence physique, émotionnelle, sexuelle et économique. Plus spécifiquement, le critère A (exposition) du TTD a été considéré atteint par tous les enfants de l'échantillon, puisqu'ils avaient tous été exposés à de la violence interpersonnelle pendant leur enrôlement ou à la maison (A1), et qu'ils avaient tous vécu une séparation forcée d'avec leur milieu familial (A2).

Les critères B (difficultés dans la régulation affective et somatique), C (difficultés dans la régulation de l'attention et des comportements), D (difficultés relationnelles et problèmes d'identité) et G (impacts fonctionnels) ont, pour leur part, été mesurés à l'aide des items de deux questionnaires mesurant des difficultés diverses. Ces questionnaires étaient le Youth Self Report (YSR; Achenbach et Rescorla, 2001) et le Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ; Marshall, Orlando, Jaycox, Foy et Belzberg, 2002). Les chercheurs ont ainsi apparié les sous-critères de la proposition diagnostique à un ou plusieurs items de ces questionnaires. Au final, 65 items sur 126 ont été retenus, afin de représenter les différents sous-critères des critères B, C, D et G. Chacun

des sous-critères était représenté par 2 à 7 items, sauf pour 2 sous-critères, qui étaient couverts par 1 seul item chacun. Les variables continues ont été converties en variables catégorielles : de cette façon, un symptôme était considéré présent si la réponse à l’item était *parfois vrai* (1) ou *souvent vrai* (2) ou considéré absent si la réponse était *jamais vrai* (0). Quant au critère E (au moins un symptôme du TSPT provenant de 2 des 3 critères symptomatiques), les items du module du TSPT du Mini International Neuropsychiatric Interview-KID (MINI-KID; Sheehan *et al.*, 2010) ont été utilisés. Le MINI-KID (Sheehan *et al.*, 2010) a également été utilisé afin d’évaluer le TSPT chez les enfants soldats, afin de pouvoir comparer la présence de ce diagnostic à celui du TTD. Finalement, le critère F (durée des perturbations) n’a pas été évalué, puisque les symptômes étaient évalués sur une période de 4 semaines seulement et que la proposition diagnostique du TTD de 2009 (van der Kolk *et al.*, 2009) demandait que les symptômes soient présents depuis au moins 6 mois.

Selon les résultats de leur étude, les enfants présentaient en moyenne 9 symptômes du TSPT (étendue = 0-15) et 16 symptômes du TTD (étendue = 5-21). De plus, 33 % de leur échantillon rencontraient les critères du TSPT, alors que 78 % rencontraient les critères de la proposition diagnostique du TTD. Seulement 1 % des enfants rencontraient seulement le diagnostic de TSPT. Ces résultats suggèrent que le TTD décrivait mieux la myriade de symptômes présentés par ces enfants hautement traumatisés que le TSPT. Il est à noter que les expériences traumatiques de guerre étaient significativement reliées aux symptômes du TSPT et non au TTD, alors que la violence domestique et la violence dans la communauté étaient significativement reliées aux symptômes du TTD et non du TSPT.

Une des limites de l'étude de Klasen *et al.* (2013) réside dans le fait que les données proviennent uniquement de questionnaires autorapportés, alors qu'il est recommandé d'utiliser différentes sources d'informations lors de l'évaluation d'un trouble.

Dans l'étude de Stolbach *et al.* (2013), les enfants étaient âgés de 3 à 17 ans ( $N = 214$ ;  $M = 9,75$  ans) et avaient tous vécu au moins un traumatisme selon le critère A (exposition) du TSPT du DSM-IV-TR (APA, 2000). De plus, ils recevaient des services d'un centre de traitement pour les traumatismes. L'objectif de cette étude était de découvrir si la proposition diagnostique du TTD (van der Kolk *et al.*, 2009) permettait de différencier les enfants ayant vécu des traumatismes complexes des enfants ayant vécu d'autres formes de traumatismes (p. ex. traumatismes relevant du critère A du TSPT). Concernant l'histoire traumatique des enfants (critère A), une liste d'expériences de vie adverses et traumatiques a été remplie, à partir d'informations tirées de questionnaires, tels que le Child Sexual Behavior Inventory (CSBI; Friedrich *et al.*, 1992), le UCLA Reaction Index for PTSD-Parent (PTSD-RI-Parent; Rodriguez, Steinberg et Pynoos, 1998), le Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA; Welner, Reich, Herjanic, Jung et Amado, 1987) et le UCLA Reaction Index PTSD-Child (PTSD-RI-Child; Rodriguez *et al.*, 1998). Les informations nécessaires ont aussi été obtenues grâce à une entrevue clinique, à de la documentation légale et médicale concernant les enfants, ainsi qu'au contenu des dossiers en protection de la jeunesse.

Les symptômes traumatiques des enfants ont été mesurés de différentes façons. Tout d'abord, des questionnaires ont été remplis par les donneurs de soins. En raison de l'étendue de l'âge des enfants de l'échantillon, deux versions du Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991) ont été utilisées, soit la version pour les enfants de 1 ½ an à 5 ans, ainsi que celle pour les enfants de 6 à 18 ans. Le CDC (Putnam *et al.*, 1993) a également été utilisé, ainsi que le CSBI (Friedrich *et al.*, 1992). Finalement, le PTSD-RI-Parent (Rodriguez *et al.*, 1998) a aussi été rempli par les donneurs de soins.

Des questionnaires ont également été administrés aux enfants de 8 ans et plus, qui représentaient 65,4 % de l'échantillon, soit le Children's Depression Inventory (Kovacs, 1992), le Children's Dissociative Experiences Scale and Posttraumatic Symptom Inventory (CDES/PTSI; Stolbach, 1997), le DICA (Welner *et al.*, 1987), le Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC; Briere, 1996) et le PTSD-RI-Child (Rodriguez *et al.*, 1998). Les cliniciens ont quant à eux rempli le Child Complex Trauma Symptom Checklist (SCL; Ford *et al.*, 2007).

Puisqu'aucun des instruments utilisés ne permettait de mesurer à eux seuls les critères B, C, D et E du TTD, des items provenant de différents questionnaires et correspondant à chacun des sous-critères ont été sélectionnés, tout comme Klasen *et al.* (2013) l'avaient fait. Par exemple, pour le sous-critère C2 (*Impaired capacity for self-protection, including extreme risk-taking or thrill-seeking*), l'item 72 du CBCL (*Shows too little fear of getting hurt*; Achenbach, 1991) a été utilisé. Chacun des symptômes était

représenté par 1 à 8 items. Une exception a été faite pour le sous-critère C3 (*Maladaptive attempts at self-soothing - eg., rocking and other rhythmical movements, compulsive masturbation*), pour lequel le CSBI (Friedrich *et al.*, 1992) en entier a été utilisé.

Tout comme dans l'étude de Klasen *et al.* (2013), les variables continues ont été converties en variables catégorielles. Toutefois, Stolbach *et al.* (2013) ont plutôt considéré qu'un symptôme était présent seulement si la réponse correspondait au niveau le plus élevé de l'échelle de Likert : cette stratégie semble plus appropriée, puisqu'elle permet de discriminer les enfants présentant des difficultés sévères des autres enfants.

La proportion d'enfants répondant au critère A (exposition) du TTD était de 32 % ( $n = 70$ ) et 31 % de ceux-ci ( $n = 22$ ) rencontraient également les critères B, C, D et E. Parmi les enfants ne répondant pas au critère A du TTD, seulement 6 % ( $n = 10$ ) d'entre eux rencontraient les critères B, C, D, et E. Ces enfants, quoiqu'ils ne répondaient pas au critère A du TTD, avaient quand même tous vécu plus d'une exposition traumatique au cours de leur vie. Toutefois, cette exposition traumatique n'était pas de nature développementale. Les auteurs ont conclu que le diagnostic de TTD permettait de départager les enfants ayant vécu des traumatismes selon le critère A du TTD de ceux n'en ayant pas vécu ou de ceux ayant vécu d'autres types de traumatismes, et que le construit du TTD était ainsi fortement soutenu. En plus d'observer des différences significatives en ce qui a trait aux critères B, C, D et E entre les enfants répondant au critère A du TTD et ceux qui n'y répondaient pas, des différences significatives étaient également présentes

dans 11 des 15 sous-critères de la proposition diagnostique, ce qui milite en faveur du pouvoir discriminant de cette proposition diagnostique.

Pour leur part, Ford *et al.* (2018) ont testé les valeurs psychométriques du DTD-SI, auprès de 236 enfants âgés de 7 à 17 ans ( $M = 12,1$ ;  $ÉT = 3$ ). Ces enfants recevaient des services en psychiatrie à l'externe ( $n = 189$ ) ou à l'interne ( $n = 23$ ), ou avaient été référés par un pédiatre ( $n = 24$ ). Parmi ces enfants, 91 % avaient vécu au moins un trauma de différents types ( $M = 4,8$ ;  $ÉT = 3,3$ ;  $md = 4$ ), sans toutefois être spécifiés, et 75 % d'entre eux avaient entre 2 et 10 diagnostics de santé mentale ( $md = 3$ ). Parmi les 236 enfants, 36 % rencontraient les critères B, C et D de la proposition diagnostique du TTD. Plus précisément, 58 % des enfants rencontraient le critère A (exposition) du TTD et parmi ceux-ci, 63 % des enfants rencontraient également les critères B, C et D. Les enfants qui rencontraient les critères B, C et D avaient vécu deux fois plus de traumas de type interpersonnel, ce qui est cohérent avec l'association entre le TTD et l'accumulation de traumas.

Spinazzola *et al.* (2018) ont fait une autre étude avec le même échantillon et leurs résultats indiquent que, comparativement au TSPT, le TTD était davantage associé à l'exposition à des traumas interpersonnels (A1) et à de l'adversité en ce qui a trait à l'attachement (A2). En outre, bien que pris individuellement, les sous-critères A1 et A2 étaient respectivement associés à des difficultés de régulation affective et somatique (critère B) ainsi qu'à des difficultés de régulation de l'attention et des comportements

(critère C), leur combinaison était fortement associée à des difficultés relationnelles et des problèmes d'identité (critère D). Les difficultés relationnelles et les problèmes d'identité ont justement été identifiés comme une caractéristique centrale de la variante complexe du TSPT (Karatzias *et al.*, 2017).

Enfin, il importe également de mentionner deux autres études qui ont utilisé le modèle du TTD, mais sans en mesurer la fréquence. Tout d'abord, Ma et Li (2014) ont comparé trois groupes d'enfants chinois âgés de 9 à 15 ans, soit un groupe d'enfants ayant vécu de l'abus physique et/ou sexuel répété dans leur milieu familial ( $n = 82$ ,  $M = 12$  ans), un groupe d'enfants ayant vécu un incident traumatique isolé que les auteurs ont qualifié de « non abusif » ( $n = 83$ ,  $M = 12$  ans), ainsi qu'un groupe contrôle d'enfants sans histoire traumatique ( $n = 201$ ,  $M = 12,3$  ans). Les résultats indiquent que le groupe d'enfants ayant vécu des abus intrafamiliaux répétés présentait un plus faible degré de sécurité en ce qui a trait à l'attachement que les deux autres groupes d'enfants. De plus, ce groupe présentait davantage de difficultés sur différents plans (p. ex., problèmes de régulation des émotions, mauvaise estime de soi, symptômes posttraumatiques, difficultés comportementales, croyance en une future victimisation, autoattribution des événements négatifs, perception négative dans les relations interpersonnelles). De ce fait, les auteurs mentionnent que leurs résultats apportent un certain soutien au concept de TTD, puisque les principaux éléments le constituant ont été davantage retrouvés chez le groupe d'enfants ayant vécu des abus intrafamiliaux répétés.

McDonald *et al.* (2014) ont pour leur part utilisé un questionnaire expérimental mesurant les symptômes du TTD afin d'examiner la validité du diagnostic chez 186 jeunes adultes âgés de 18 et 19 ans qui ont rapporté, de façon rétrospective, des expériences difficiles vécues durant leur enfance. Les résultats ont montré que les participants qui avaient vécu davantage de traumatismes chroniques et/ou multiples étaient plus susceptibles d'endosser les symptômes du TTD que les participants ayant vécu aucun ou peu de traumatismes.

### **Objectifs**

Les résultats de plusieurs études soutiennent le concept de trauma complexe (Ford *et al.*, 2009; Spinazzola *et al.*, 2005; Wamser-Nanney, 2016; Wamser-Nanney et Vandenberg, 2013). Cependant, celles permettant d'appuyer la pertinence scientifique et clinique de la proposition diagnostique du TTD et sa fréquence sont encore rares, ce qui constitue une limite importante dans le processus de validation d'un nouveau trouble (Resick *et al.*, 2012). De plus, il existe peu d'études empiriques s'étant intéressées à la fréquence du TTD chez des enfants d'âge préscolaire : en effet, les rares études s'étant intéressées à ce sujet ont été réalisées auprès d'échantillons constitués principalement d'enfants d'âge scolaire et/ou d'adolescents. Or, il est important de s'intéresser aux enfants plus jeunes, afin de pouvoir identifier rapidement les difficultés qu'ils pourraient rencontrer et ainsi, leur offrir des services et du soutien appropriés.



Le premier objectif de la présente recherche est donc de documenter la fréquence potentielle de la proposition diagnostique du TTD chez des enfants maltraités et non maltraités provenant tous de milieux socio-économiques à risque, dans une démarche d'exploration de la pertinence de ce concept. Le deuxième objectif est de comparer la fréquence du TTD entre les deux groupes de notre échantillon, afin de découvrir si les enfants maltraités se distinguent des enfants non maltraités quant à cette proposition diagnostique. Nous insistons ici sur le caractère exploratoire de cette étude, puisque la méthodologie utilisée ne permet pas d'émettre officiellement un diagnostic.

Notre hypothèse est que les enfants maltraités présenteront une fréquence plus élevée quant à un TTD potentiel que les enfants non maltraités. Nous nous attendons à une fréquence s'élevant entre 15 et 35 %, conformément aux estimations réalisées par différents experts dans le domaine (van der Kolk *et al.*, 2009; Stolbach *et al.*, 2003 ; Ford *et al.*, 2018 ; van der Kolk *et al.*, 2019).

Nous émettons également l'hypothèse qu'un TTD potentiel sera présent, en moindre proportion, chez les enfants non maltraités, puisque notre échantillon est à risque sur le plan socio-économique. En effet, bien que la pauvreté ne soit pas en soi une cause de trauma, les études rapportent fréquemment qu'elle constitue un facteur de risque important lié à la maltraitance (Lansford *et al.*, 2005; MacKensie, Kotch et Lee, 2011; Stith *et al.*, 2009).

La présente étude se distingue des autres études rapportées précédemment. En effet, tel que recommandé par divers auteurs (Brown, 2009; Courtois et Ford, 2012), nous utilisons des sources d'informations multiples afin de documenter les différents critères du TTD auprès de notre échantillon, grâce à l'utilisation de données tirées de questionnaires complétés par un parent et par un éducateur/enseignant de l'enfant ainsi qu'une mesure observationnelle réalisée en laboratoire. Par ailleurs, notre échantillon est composé d'enfants âgés entre 4 et 6 ans, ce qui nous permet de documenter la fréquence potentielle de la proposition diagnostique du TTD dans une période développementale peu explorée par les autres études sur le sujet.

## Méthode

## **Devis**

Un devis de recherche transversal a été utilisé sous la forme d'une analyse secondaire de données. Ces dernières proviennent d'un projet plus vaste sur l'adaptation sociale des enfants de familles à faible revenu qui ne portait pas sur l'évaluation du TTD et ayant débuté en 2003.

## **Participants**

L'échantillon de ce mémoire est composé de 120 enfants âgés de 4 à 6 ans ( $M = 60$  mois,  $ET = 7$  mois, garçons = 63). Parmi ces 120 enfants, 40 enfants étaient victimes de maltraitance et 80 enfants étaient non maltraités. Tous les enfants étaient à risque sur le plan socio-économique : en effet, le revenu annuel familial était inférieur à 30 000\$ pour chacun des enfants. De plus, chacun des enfants vivait avec leur mère et fréquentait un service de garde ou la maternelle.

Les enfants non maltraités ( $n = 80$ ,  $M = 60$  mois,  $ET = 7$  mois, garçons = 42) n'avaient jamais reçu de services de la protection de la jeunesse. En effet, une vérification auprès des services en protection de la jeunesse a été réalisée, avec le consentement des mères. Ces enfants ont été recrutés auprès de Centres de la petite enfance (CPE), d'écoles, de Centres locaux de services communautaires (CLSC) de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et par le biais de listes de familles recevant des prestations d'aide

sociale provenant du ministère de l'Emploi et de la Solidarité Sociale. Les mères avaient réalisé en moyenne 11 ans d'études ( $\bar{ET} = 2$ ) et 66 % d'entre elles étaient monoparentales. De plus, 58 % des familles avaient un revenu familial annuel inférieur à 15 000\$, 38 % gagnaient entre 15 000\$ et 25 000\$ et 5 % gagnaient entre 25 000\$ et 30 000\$.

Les enfants maltraités ( $n = 40$ ,  $M = 62$  mois,  $\bar{ET} = 7,2$  mois, garçons = 21) ont été recrutés par le biais du Centre jeunesse de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. Les enfants recevaient des services en protection de la jeunesse au moment de l'étude ou à l'intérieur de quelques mois suivant l'étude, suite à l'évaluation d'un signalement où la sécurité et/ou le développement de l'enfant avaient été jugés compromis. Les mères ont signé un formulaire de consentement afin que le dossier de leur enfant en protection de la jeunesse puisse être consulté.

Selon les informations recueillies dans le dossier des enfants maltraités, la majorité de ceux-ci avaient vécu un seul de type maltraitance et une minorité en avait vécu plus d'un type : plus précisément, 30 (75 %) enfants avaient vécu de la négligence sur le plan physique, éducatif ou de la santé, 5 (12,5 %) enfants de la négligence et des mauvais traitements psychologiques, 2 (5 %) enfants des mauvais traitements psychologiques, 1 (3 %) enfant de la négligence et de l'abus physique, 1 (3 %) enfant de la négligence et de l'abus sexuel et 1 (3 %) enfant de la négligence, des mauvais traitements psychologiques et de l'abus physique (voir Tableau 1). Tous les enfants vivaient à la maison avec leur mère lors de l'étude, et 50 % des mères étaient monoparentales. Les mères avaient réalisé

en moyenne 9 ans d'études ( $ET = 2$ ). De plus, 70 % des familles avaient un revenu familial annuel inférieur à 15 000\$, 23 % gagnaient entre 15 000\$ et 25 000\$ et 8 % gagnaient entre 25 000\$ et 30 000\$.

Tableau 1

*Types de maltraitance vécus par les enfants maltraités (n = 40)*

Nombre d'enfants maltraités n (%)	Types de maltraitance			
	Négligence sur le plan physique, éducatif ou de la santé	Mauvais traitements psychologiques	Abus physiques	Abus sexuels
30 (75 %)	✓			
5 (12,5 %)	✓	✓		
2 (5 %)		✓		
1 (3 %)	✓		✓	
1 (3 %)	✓			✓
1 (3 %)	✓	✓	✓	

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche sur les êtres humains de l'UQTR. Les dyades mère-enfant ont été rencontrées à deux reprises afin de collecter les données, soit une fois à l'UQTR et une fois à domicile. Des questionnaires ont également été passés aux éducatrices des enfants d'âge préscolaire et aux enseignantes des enfants en âge d'être scolarisés. Ces questionnaires ont été envoyés et retournés par la poste.

### **Opérationnalisation de la variable « TTD »**

En l'absence d'outils évaluant spécifiquement le TTD lors de la collecte de données, une façon d'opérationnaliser la mesure du TTD a été définie en s'appuyant sur la méthode utilisée par Stolbach *et al.* (2013) et Klasen *et al.* (2013). La version la plus récente de la proposition diagnostique du TTD a été utilisée (Ford *et al.*, 2019).

Tout d'abord, le critère A (exposition) du TTD n'a pu être mesuré, en l'absence de données précises sur l'historique de maltraitance et de traumatismes vécus par les enfants de l'échantillon. Toutefois, pour les besoins de la présente étude, puisque les enfants recrutés par le biais du Centre jeunesse avaient vécu au moins une forme de maltraitance, il a été considéré qu'ils se qualifiaient pour ce critère.

Les sous-critères et symptômes des critères B, C et D ont été évalués par le biais d'items retenus de six questionnaires complétés par la mère ou l'éducatrice de l'enfant, ainsi que par le biais d'une mesure observationnelle. Ces instruments sont décrits plus bas. Puisque quelques questionnaires utilisés dans cette étude l'ont aussi été par Stolbach *et al.* (2013), nous nous sommes appuyés sur l'appariement qu'ils ont réalisé. Nous avons procédé au choix des items et des mesures pour l'appariement et ce dernier a ensuite été révisé par deux experts du trauma complexe et de la maltraitance à l'égard des enfants, soit le directeur et la co-directrice de ce mémoire. L'appariement entre les sous-critères et symptômes du TTD et les items des questionnaires est présenté en détail à l'Appendice B.

Afin d'illustrer la façon dont nous avons opérationnalisé la variable « TTD », le critère C du TTD (difficultés dans la régulation de l'attention et des comportements) a été retenu. Le critère C contient cinq sous-critères (C1, C2, C3, C4 et C5), et certains de ces sous-critères contiennent à leur tour différents symptômes. Par exemple, le sous-critère C1 (*Attention bias towards or away from potential threats*) comprend le symptôme C1b (*hyper- or hypo-vigilance to actual or potential danger*). Pour ce symptôme, nous avons retenu l'item 48 du TSCYC (*Être toujours aux aguets d'un éventuel danger*; Briere, 2005).

Certains sous-critères ne contiennent pas de symptômes. Nous avons donc également apparié des items de questionnaires pour ces sous-critères, tel que réalisé pour les différents symptômes. Par exemple, pour le sous-critère C4 (*Habitual [intentional or automatic] or reactive self-harm [non-suicidal self-injury]*), l'item 13 du BRIEF – P (*L'enfant a des blessures inexplicables ou peut même parfois se blesser de façon intentionnelle*; Gioia *et al.*, 2003) a été retenu.

La proposition diagnostique du TTD contient un total de 5 sous-critères et 21 symptômes pour lesquels des items de différents questionnaires peuvent être potentiellement associés. Un ou des items des six questionnaires utilisés ont été associés pour 14 d'entre eux, et 2 autres ont été associés à une mesure observationnelle (Procédure de séparation-réunion; Cassidy et Marvin, 1992) qui sera décrite ultérieurement. Ainsi, pour 1 sous-critère et 9 symptômes, aucun item n'a été associé, puisqu'aucune correspondance n'a été trouvée.



Dans leur format original, les six questionnaires employés utilisent des items avec des échelles de réponses ordinales allant de, par exemple, *pas vrai* à *très vrai*. Tel que Stolbach *et al.* (2013) ainsi que Klasen *et al.* (2013) l'ont fait, les échelles de réponses ordinales ont été transformées en échelles dichotomiques. Pour les cinq questionnaires dont les échelles ordinales ont entre 3 et 5 points d'ancrage, les scores ont été transformés de la façon décrite dans le Tableau 2. Un sous-critère ou un symptôme a été considéré atteint seulement lorsqu'un enfant se voyait attribuer, par sa mère ou son éducatrice, le score le plus élevé à l'un des items sélectionnés. De cette façon, nous considérons que les enfants présentant des difficultés sévères étaient discriminés des autres enfants.

Tableau 2

*Transformation des scores*

Nombre de points d'ancrage	Scores transformés	
	Sous-critère ou symptôme non atteint	Sous-critère ou symptôme atteint
3	0, 1 = 0 ou 1, 2 = 0	2 = 1 ou 3 = 1
4	1, 2, 3 = 0	4 = 1
5	1, 2, 3, 4 = 0	5 = 1

Pour le sixième questionnaire, dont les items ont une échelle ordinale à six points d'ancrage, un sous-critère ou un symptôme a été considéré atteint lorsqu'un enfant se voyait attribuer, par sa mère ou son éducatrice, l'un des deux scores les plus élevés à l'un des items sélectionnés (1, 2, 3, 4 = 0; 5, 6 = 1). Ce choix a été fait puisque nous considérons

que les difficultés étaient sévères tant pour le point d’ancrage « 5 » (*souvent*) que pour le point d’ancrage « 6 » (*toujours*).

Finalement, tel que mentionné précédemment, afin de déterminer si un enfant répond au TTD selon la proposition diagnostique, ce dernier doit présenter au moins 3 sous-critères sur 4 pour le critère B (difficultés dans la régulation affective et somatique), 2 sous-critères sur 5 pour le critère C (difficultés dans la régulation de l’attention et des comportements) et 2 sous-critères sur 6 pour le critère D (difficultés relationnelles et problèmes d’identité). Toutefois, dans le cadre de la présente étude, puisqu’il n’y avait aucun item pour représenter le sous-critère B4 du critère B, il a été décidé qu’un enfant répondait au critère B s’il présentait au moins 2 sous-critères sur 3.

### **Instruments de mesure**

Cette section présente l’ensemble des questionnaires à partir desquels les items ont été retenus afin de mesurer les divers sous-critères et symptômes du TTD.

#### **Behavior Rating Inventory of Executive Function – Preschool Version**

Le BRIEF – P (Gioia *et al.*, 2003) est un questionnaire utilisé afin d’évaluer les fonctions exécutives des enfants d’âge préscolaire, soit de 2 ans à 5 ans et 11 mois, au cours des 6 derniers mois, et est recommandé par des auteurs afin d’évaluer certains symptômes du trauma complexe (Ford *et al.*, 2013). Il a été rempli par la mère et l’éducatrice/enseignante. Le BRIEF – P (Gioia *et al.*, 2003) est composé de 63 items

répartis en 5 échelles cliniques qui mesurent différents aspects des fonctions exécutives, soit : 1) l'inhibition; 2) la flexibilité; 3) le contrôle émotionnel; 4) la mémoire de travail; et 5) la planification/organisation. Les échelles cliniques forment trois indices, qui sont : 1) le contrôle inhibiteur; 2) la flexibilité; et 3) la métacognition émergente. Chacun des items est évalué sur une échelle de Likert de 3 points (1 = *jamais*, 2 = *parfois*, 3 = *souvent*; Gioia *et al.*, 2003).

### **Child Behavior Checklist – Caregiver – Teacher Report Form**

Le CBCL – C – TRF (Achenbach et Rescorla, 2000) est une composante de l'Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA; Achenbach et Rescorla, 2000) et permet d'évaluer le fonctionnement comportemental, émotionnel et social chez les enfants de 1 ½ an à 5 ans, présentement ou au cours des 2 derniers mois. Il a été rempli par la mère et l'éducatrice/enseignante, et est recommandé par divers auteurs afin d'évaluer certains symptômes du trauma complexe (Briere et Spinazzola, 2009; Ford *et al.*, 2013). Cet instrument est composé de 99 items répartis en 7 échelles symptomatiques, soit : 1) la réactivité émotionnelle; 2) l'anxiété/dépression; 3) la somatisation; 4) le retrait; 5) les problèmes d'attention; 6) l'agressivité; et 7) les problèmes de sommeil. Ces échelles sont ensuite regroupées en deux échelles globales, soit les troubles intériorisés et les troubles extériorisés. Chacun des items est évalué sur une échelle de Likert de 3 points (0 = *pas vrai*, 1 = *un peu ou quelques fois vrai*, 2 = *très vrai ou souvent vrai*; Achenbach et Rescorla, 2000).

### **Child Dissociative Checklist**

Le CDC (Putnam *et al.*, 1993) est un questionnaire qui permet d'évaluer les symptômes dissociatifs chez les enfants et les adolescents, présentement ou dans les 12 derniers mois, et est recommandé afin d'évaluer les symptômes du trauma complexe (Denton *et al.*, 2017). Il a été rempli par la mère et l'éducatrice/enseignante. Le CDC (Putnam *et al.*, 1993) est composé de 20 items. Chacun des items est évalué sur une échelle de Likert de 3 points (0 = *pas vrai*, 1 = *un peu ou parfois vrai*, 2 = *très vrai*; Putnam *et al.*, 1993).

### **Trauma Symptom Checklist for Young Children**

Le TSCYC (Briere, 2005) est un questionnaire permettant d'évaluer les symptômes traumatiques chez les enfants de 3 à 12 ans, dans le dernier mois, et est recommandé par différents auteurs afin d'évaluer les symptômes du trauma complexe (Briere et Spinazzola, 2005; Denton *et al.*, 2017; Ford *et al.*, 2013). Il a été rempli par la mère et l'éducatrice/enseignante. Le TSCYC (Briere, 2005) est composé de 90 items répartis en 2 échelles de validité et 8 échelles cliniques : 1) anxiété; 2) dépression; 3) colère; 4) stress post-traumatique-intrusion; 5) stress post-traumatique-évitement; 6) stress post-traumatique-hypervigilance; 7) dissociation; et 8) préoccupations d'ordre sexuel. Dans le cadre de l'étude initiale, de laquelle les données du présent mémoire ont été tirées, seuls 43 items ont été utilisés : ces items correspondent aux 2 échelles de validité (excluant les questions sur le sommeil) et aux 3 échelles de stress post-traumatique. Chacun des items est évalué sur une échelle de Likert de 4 points (1 = *jamais*, 2 = *quelques fois*, 3 = *souvent*, 4 = *très souvent*; Briere, 2005).

### **Student-Teacher Relationship Scale**

Le STRS (Pianta, 2001) est un questionnaire permettant de mesurer la perception de l'enseignant quant à sa relation avec un élève, l'interaction entre l'enseignant et l'élève, et la croyance de l'enseignant en ce qui a trait à ce que l'élève ressent à propos de lui. Il a été rempli par l'éducatrice/enseignante de l'enfant. Le questionnaire s'applique à des enfants d'âge préscolaire jusqu'à la 3<sup>e</sup> année du primaire. Il est composé de 28 items répartis en 3 échelles, qui sont la proximité, le conflit et la dépendance. Chacun des items est évalué sur une échelle de Likert de 5 points (1 = *ne s'applique pas du tout*, 2 = *ne s'applique pas vraiment*, 3 = *neutre/pas certain*, 4 = *s'applique un peu*, 5 = *s'applique tout à fait*; Pianta, 2001).

### **Profil socio-affectif**

Le PSA (Dumas *et al.*, 1997) est un questionnaire permettant d'évaluer les compétences sociales et les difficultés d'adaptation chez les enfants âgés de 2 ½ ans à 6 ans, dans le moment présent. Il a été rempli par l'éducatrice/enseignante. Le PSA (Dumas *et al.*, 1997) est composé de 80 items répartis en différentes échelles : 1) les échelles déprimé-joyeux, anxieux-confiant et irritable-tolérant décrivent la façon dont l'enfant exprime ses émotions; 2) les échelles isolé-intégré, agressif-contrôlé et égoïste-prosocial décrivent les interactions de l'enfant avec ses pairs; et 3) les échelles résistant-coopératif et dépendant-autonome décrivent les relations entre l'enfant et l'éducateur/enseignant. Il y a également quatre échelles globales, qui sont : 1) la compétence sociale; 2) les problèmes intériorisés; 3) les problèmes extériorisés; et 4) l'adaptation générale. Chacun

des items est évalué sur une échelle de Likert de 6 points (1 = *jamais*, 2 = *rarement*, 3 = *à l'occasion*, 4 = *régulièrement*, 5 = *souvent*, 6 = *toujours*; Dumas *et al.*, 1997).

### **Procédure de séparation-réunion**

La Procédure de séparation-réunion (Cassidy et Marvin, 1992) est utilisée pour évaluer le patron d'attachement de l'enfant avec sa mère lors d'une visite en laboratoire. Cette procédure est une adaptation, pour les enfants d'âge préscolaire et scolaire, de la Situation étrange (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978). Cette dernière a d'ailleurs été recommandée par Ford *et al.* (2013) afin de mesurer le fonctionnement relationnel des enfants ayant un trauma complexe. L'évaluation du type d'attachement de l'enfant repose sur l'observation des comportements de ce dernier à l'égard du parent, particulièrement lors des épisodes de réunion. Les enfants sont classifiés dans l'une des catégories d'attachement suivantes : sécurisant, insécurisant-évitant, insécurisant-ambivalent et insécurisant-désorganisé. Ainsi, le sous-critère D2 (*Attachment insecurity and disorganization*) a pu être évalué à l'aide de la Procédure de séparation-réunion (Cassidy et Marvin, 1992).

Trois codificateurs indépendants, dûment formés et accrédités pour la cotation de l'attachement préscolaire et scolaire et qui ne possédaient aucune information sur les participants, ont procédé à la classification de l'attachement à partir des bandes vidéo. L'accord interjuge (kappa) pour la codification de l'attachement dans les quatre grandes catégories, calculé sur 20 % de l'échantillon, est de 0,75. Les désaccords entre les codificateurs ont été résolus par consensus.

## Résultats

### **Stratégie d'analyses**

En premier lieu, le nombre d'enfants répondant indépendamment aux critères B, C et D a été déterminé pour les deux groupes, soit les enfants maltraités ( $n = 40$ ) et non maltraités ( $n = 80$ ), ainsi que pour l'échantillon complet ( $N = 120$ ). Selon les critères du TTD, 2 sous-critères sur 3 devaient être présents afin de répondre au critère B (difficultés dans la régulation affective et somatique). Pour le critère C (difficultés dans la régulation de l'attention et des comportements), 2 sous-critères sur 5 étaient nécessaires, alors qu'il en fallait 2 sur 6 pour le critère D (difficultés relationnelles et problèmes d'identité). Par la suite, la fréquence d'enfants répondant à l'ensemble des trois critères (B, C et D) a été déterminée pour l'échantillon complet ainsi que pour les enfants maltraités et non maltraités. Des tests de chi-carré ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS afin de déterminer si les différences entre les distributions de fréquences étaient suffisamment grandes pour être statistiquement significatives. De plus, les tailles d'effet ont été calculées à l'aide du coefficient Phi. Les normes d'interprétation du coefficient Phi sont les mêmes que pour la corrélation de Pearson, soit : 1) autour de 0,10 = effet de petite taille ; 2) autour de 0,30 = effet de taille moyenne ; 3) et plus de 0,50 = effet de grande taille (Cohen, 1988).



### **Critère B**

En ce qui concerne le critère B (difficultés dans la régulation affective et somatique), 32 % ( $n = 38$ ) des enfants de l'échantillon complet rencontrent au moins 2 sous-critères sur 3, ce qui est le seuil nécessaire afin d'affirmer qu'un enfant répond à ce critère. Chez les enfants maltraités, cette proportion est de 43 % ( $n = 17$ ), alors qu'elle est de 26 % ( $n = 21$ ) chez les enfants non maltraités. Il n'y a aucune différence significative entre les deux groupes ( $\chi^2[1, N = 120] = 3,254, p = 0,071, \phi = 0,165$ ).

### **Critère C**

En ce qui concerne le critère C (difficultés dans la régulation de l'attention et des comportements), 40 % ( $n = 48$ ) des enfants de l'échantillon complet présentent au moins 2 sous-critères sur 5, ce qui est le seuil nécessaire afin d'affirmer qu'un enfant répond à ce critère. La proportion d'enfants maltraités répondant au critère C est de 45 % ( $n = 18$ ) et de 38 % ( $n = 30$ ) chez les enfants non maltraités. Il n'y a aucune différence significative entre les deux groupes ( $\chi^2[1, N = 120] = 0,625, p = 0,429, \phi = 0,072$ ).

### **Critère D**

En ce qui concerne le critère D (difficultés relationnelles et problèmes d'identité), 46 % ( $n = 55$ ) des enfants de l'échantillon complet présentent au moins 2 des 6 sous-critères, ce qui est le seuil nécessaire afin d'affirmer qu'un enfant répond à ce critère. Une proportion de 53 % ( $n = 21$ ) chez les enfants maltraités et de 43 % ( $n = 34$ ) chez les enfants

non maltraités est observée. Il n'y a aucune différence significative entre les deux groupes ( $\chi^2 [1, N = 120] = 1,074, p = 0,3, \phi = 0,095$ ).

### Critères B, C et D

Au sein de l'échantillon complet, 13 % ( $n = 15$ ) des enfants répondent aux critères B (au moins 2 critères sur 3), C (au moins 2 sous-critères sur 5) et D (au moins 2 des 6 sous-critères) de la proposition diagnostique du TTD. Parmi les enfants maltraités, 20 % ( $n = 8$ ) de ceux-ci rencontrent les critères B, C et D, alors que 9 % ( $n = 7$ ) des enfants non maltraités rencontrent ces trois critères. Il n'y a aucune différence significative entre les deux groupes ( $\chi^2 [1, N = 120] = 3,086, p = 0,079, \phi = 0,160$ ). Les résultats concernant tous les critères sont présentés dans le Tableau 3.

Tableau 3

*Fréquence des différents critères du TTD chez les enfants maltraités et non maltraités*

Critères du TTD	Échantillon complet ( $N = 120$ )		Maltraités ( $n = 40$ )		Non maltraités ( $n = 80$ )		$\chi^2(1)$
	$n$	%	$n$	%	$n$	%	
B	38	32	17	43	21	26	3,25 (ns)
C	48	40	18	45	30	38	0,63 (ns)
D	55	46	21	53	34	43	1,07 (ns)
B, C et D	15	13	8	20	7	9	3,09 (ns)

## Discussion

L'utilisation des différents critères du TSPT peut affecter l'identification de certaines victimes de traumatismes, puisque ces dernières ne présenteront pas nécessairement un portrait correspondant au tableau clinique proposé par le DSM-5 (APA, 2013; Finkelhor et Browne, 1985). En 2013, lors de la parution de la version la plus récente du DSM-5 (APA), le diagnostic de TSPT a été modifié afin d'inclure certains nouveaux symptômes similaires à ceux du TTD (p. ex., croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, état émotionnel négatif persistant, agressivité envers les autres ou envers des objets, comportement irréfléchi ou autodestructeur), ainsi qu'un sous-type dissociatif et une version pour les enfants de 6 ans et moins. Bien que cette avancée soit prometteuse, le diagnostic de TSPT reste souvent inapproprié pour rendre compte adéquatement des symptômes présents chez les enfants et adolescents ayant vécu de la maltraitance. Et bien que les preuves permettant de discriminer le TTD du TSPT soient encourageantes, la question de savoir s'il se distingue suffisamment de ce dernier, pour justifier un diagnostic distinct et promouvoir une utilité clinique accrue, nécessite des recherches supplémentaires (Ford *et al.*, 2018).

L'objectif de cette étude était donc de documenter la fréquence d'un TTD potentiel chez des enfants ayant vécu de la maltraitance et des enfants non maltraités âgés de 4 à 6 ans, provenant tous de milieux socio-économiques à risque, permettant ainsi de tester l'applicabilité des critères diagnostics du TTD à cette population et d'appuyer ce concept

clinique. Les résultats montrent que 20 % des enfants maltraités et 9 % des enfants non maltraités de notre échantillon atteignent potentiellement le seuil clinique du TTD.

Ces résultats offrent un appui empirique partiel à la proposition diagnostique du TTD. En effet, quoique la fréquence d'un TTD potentiel était plus élevée chez les enfants maltraités que les enfants non maltraités, il n'y avait aucune différence significative entre ces deux groupes. De plus, la fréquence observée dans la présente étude (20 %) est moins élevée que dans l'étude de Ford *et al.* (2018) et de Spinazzola *et al.* (2018), pour lesquelles la fréquence est de 36 %, ainsi que celle de Klasen *et al.* (2013), dont la fréquence est de 78 %. Il est à noter que l'étude de Klasen *et al.* (2013) s'intéressaient à un échantillon d'enfants soldats, dont la gravité des traumatismes est hors du commun. De surcroît, les enfants des échantillons de Ford *et al.* (2018) et Spinazzola *et al.* (2018) recevaient des services de la part d'un centre de traitement pour les traumatismes ou en pédopsychiatrie : ainsi, pour qu'ils aient reçu des services aussi spécialisés, ces enfants présentaient des difficultés d'adaptation significatives, ce qui n'est pas nécessairement le cas des enfants de notre échantillon, que l'on peut qualifier de « non clinique », et qui pourrait expliquer la fréquence plus faible d'enfants répondant aux critères B, C et D du TTD. En effet, la raison de la mise en place de services en protection de la jeunesse n'est pas, de prime abord, le dysfonctionnement de l'enfant, mais bien les comportements négligents ou abusifs des parents, bien que l'intervention demeure justifiée par le fait que la maltraitance compromet la sécurité et le développement de l'enfant.

La fréquence que nous avons observée demeure toutefois conforme à ce qu'avait estimé van der Kolk *et al.* (2009) à l'aide d'une banque de données à partir de laquelle ils ont élaboré la proposition diagnostique du TTD, qui était de 15 à 25 %. Quant à l'étude de Stolbach *et al.* (2013), dans laquelle la fréquence observée était de 31 %, cette dernière a été menée auprès d'enfants et d'adolescents qui rencontraient tant le critère A que les critères B, C et D, ce qui n'est pas nécessairement le cas dans notre étude : en effet, dans notre étude, les critères B, C et D ont bel et bien été rencontrés chez 20 % des enfants maltraités, mais il nous est impossible de nous prononcer précisément sur l'atteinte des deux sous-critères du critère A, ce qui rend la comparaison difficile. Ainsi, pour l'étude de Stolbach *et al.* (2013), si l'on considère tous les enfants qui rencontraient le critère B, C et D, indépendamment du fait qu'ils répondaient au critère A ou non, la fréquence au sein de l'échantillon complet, qui était composé d'enfants ayant tous vécus des traumatismes, était plutôt de 15 %, ce qui est similaire à nos résultats. Toutefois, les comparaisons doivent être faites avec prudence, puisque la façon de mesurer le TTD est différente selon les études rapportées.

Dans notre étude, quoique la fréquence du TTD était plus élevée chez les enfants maltraités que les enfants non maltraités, il n'y avait aucune différence significative entre ces deux groupes. La taille d'effet, calculée à l'aide du coefficient Phi, était de petite taille ( $\phi = 0,160$ ). Cela peut nous informer sur le fait que ce n'est pas seulement la réalité des enfants étant pris en charge par la protection de la jeunesse qui peut être décrite par le concept de TTD, mais aussi celle d'enfants qui vivent d'autres types d'adversité, comme

le risque socio-économique. Comme mentionné précédemment, bien que la pauvreté ne soit pas en soi une cause de trauma, les études rapportent fréquemment qu'elle constitue un facteur de risque important lié à la maltraitance (Lansford *et al.*, 2015; MacKenzie *et al.*, 2011; Stith *et al.*, 2009). Des études mentionnent également que vivre dans des milieux socio-économiques défavorisés augmente l'exposition aux traumatismes et les symptômes de stress traumatique, ce qui expose les enfants qui y grandissent à un risque élevé (Berton et Stabb, 1996; McCloskey et Walker, 2000; Reiss et Price, 1996).

De plus, les enfants pris en charge par la protection de la jeunesse ne sont pas les seuls qui sont victimes de maltraitance. En effet, 2 % des enfants québécois étaient pris en charge par la protection de la jeunesse en 2017-2018 (Gouvernement du Québec, 2018), alors que 48 % des enfants québécois vivaient des agressions psychologiques répétées, 7 % de la violence physique mineure répétée (p. ex., secouer ou brasser un enfant âgé de deux ans ou plus, donner une tape sur les fesses, pincer un enfant pour le punir), et 0,6 % de la violence physique majeure répétée (p. ex., secouer ou brasser un enfant âgé de deux ans et moins, donner un coup de poing ou de pied à un enfant, serrer la gorge d'un enfant; Institut de la statistique du Québec, 2018). Ainsi, il est tout à fait possible de retrouver des enfants rencontrant les critères du TTD dans le groupe n'étant pas suivi par la direction de la protection de la jeunesse.

La présente étude nous permet également de nous prononcer sur la pertinence de l'utilisation de différents questionnaires pour évaluer le TTD chez des enfants. Puisqu'il

a été possible d'évaluer la présence du TTD selon une fréquence semblable à celle d'autres études sur le sujet, nous croyons que cette façon de procéder est appropriée, du moins avec une efficacité relative. Malgré cela, d'un point de vue clinique, l'intégration éventuelle d'instruments spécifiques à l'évaluation du TTD, lorsqu'ils seront disponibles, devrait être préconisée. Même si certains symptômes sont, à priori, faciles à évaluer, d'autres sont plus subtils, puisqu'ils ont pour fonction de maintenir le secret entourant les traumatismes (Courtois, Ford et Cloitre, 2009). Ainsi, l'évaluation des symptômes traumatiques chez les jeunes enfants pose certains défis, notamment en raison de la difficulté avec laquelle ces derniers expriment leurs expériences internes et des limites des données rapportées par les adultes, c'est-à-dire que ces derniers ont tendance à sous-estimer les symptômes internalisés des enfants (Stover et Berkowitz, 2005). Lors d'une évaluation, il est important d'obtenir le point de vue de ces derniers et d'avoir accès à de l'information provenant d'observations directes. En effet, les enfants sont une source essentielle sur laquelle s'appuyer en ce qui a trait à leurs réactions post-traumatiques et rapportent, en général, plus de symptômes que des tiers. Pour les symptômes intériorisés, il est ainsi recommandé de favoriser les évaluations autorapportées, notamment pour les symptômes traumatiques (Nader, 2008). Pour les symptômes dissociatifs plus précisément, une entrevue structurée est souvent utile, vu la nature insaisissable de ce type de symptômes (Courtois, 2008). C'est d'ailleurs le critère B (difficultés dans la régulation affective et somatique) du TTD qui était le moins présent dans l'échantillon complet de cette étude, puisqu'il réfère à des difficultés qui peuvent être plus difficiles à cerner que celles du critère C (difficultés dans la régulation de l'attention et des comportements) et du critère



D (difficultés relationnelles et des problèmes d'identité), qui sont plus facilement observables d'un point de vue extérieur. Aussi, les études antérieures ayant mesuré le TTD incluait des enfants généralement plus âgés que ceux de notre échantillon, ainsi que des instruments de mesure parfois autorapportés, parfois administrés par des cliniciens, ce qui pourrait en partie expliquer la plus grande fréquence de ce type de symptômes dans ces études, comparativement à la nôtre.

### **Limites**

Certaines limites inhérentes à la présente étude doivent être prises en compte afin de mieux interpréter les résultats qui en découlent. Tout d'abord, le critère A (exposition) n'a pu être évalué précisément : quoique les enfants suivis en protection de la jeunesse ont tous subi de la maltraitance et que leur sécurité et/ou leur développement avaient été jugés compromis (ce qui signifie que la nature, la gravité, la chronicité et la fréquence des faits signalés ont été pris considération lors de leur évaluation), il nous est impossible de savoir si chacun des enfants aurait répondu aux deux sous-critères A1 et A2, bien qu'il soit fort probable que ce soit le cas pour plusieurs d'entre eux.

D'autre part, les instruments de mesure utilisés pour cette étude n'ont pas été conçus pour mesurer spécifiquement le TTD, et ont d'ailleurs été conçus avant même que cette proposition diagnostique soit élaborée. De ce fait, les items qu'il était possible d'associer aux différents sous-critères et symptômes étaient restreints. Certains sous-critères et symptômes de la proposition diagnostique du TTD n'ont donc pu être associés

aux items des instruments de mesure disponibles et n'ont ainsi pu être évalués. Par conséquent, la fréquence d'enfants répondant aux différents critères B, C et D a peut-être été artificiellement diminuée. Certains sous-critères et symptômes étaient aussi mesurés par un seul item, alors que d'autres l'étaient par plusieurs items, ou même une mesure observationnelle (Procédure de séparation-réunion pour le sous-critère D2; Cassidy et Marvin, 1992), ce qui fait que certains sous-critères et symptômes étaient évalués de façon plus rigoureuse que d'autres. Il apparaît donc que de mesurer le TTD à partir d'une banque de données déjà existantes comporte des limitations pouvant affecter les résultats. Ainsi, l'absence de différences significatives entre les enfants maltraités et non maltraités pourrait être liée à un problème de validité de notre mesure, ou à un manque de pouvoir discriminant.

## **Conclusion**

Un des principes de l'évaluation diagnostique repose sur la parcimonie, c'est-à-dire qu'un simple diagnostic capturant adéquatement les différences cliniques au sein d'un groupe d'enfants exposés à de la maltraitance et des traumatismes est préférable aux formulations multidiagnostiques (Stolbach *et al.*, 2013). Actuellement, les enfants victimes de traumas liés à la maltraitance présentant une étendue de symptômes et des portraits cliniques variés sont mal desservis par le système diagnostique actuel, puisqu'ils peuvent être diagnostiqués de façon erronée ou être surdiagnostiqués. De plus, les services qui leur sont offerts ne s'adressent pas nécessairement à leur portrait symptomatique complexe et traumatique, et ces enfants sont souvent réfractaires à des services qui ciblent mal leurs besoins (Lau et Weisz, 2003).

D'autres enfants ayant vécu des traumas complexes n'ont simplement pas de diagnostic, car leur portrait clinique ne concorde avec aucun des portraits proposés par le DSM-5 (APA, 2013). Or, un diagnostic en santé mentale permet, au sein de notre système de santé et de services sociaux actuel, d'avoir accès à des services spécifiques et spécialisés en santé mentale jeunesse (pédopsychiatrie). Ainsi, en l'absence d'un diagnostic, certains enfants n'ont simplement pas accès à des services. Un diagnostic approprié permettrait donc d'aider les enfants, les donneurs de soins et les professionnels à comprendre les difficultés émotionnelles et comportementales des enfants dans le contexte de leur histoire traumatique et d'améliorer l'accès aux services.

Il importe d'évaluer, à la fois de façon standardisée et individualisée, les événements et symptômes traumatiques vécus par les enfants ayant vécu des expériences de vie adverses, tout particulièrement les enfants suivis en protection de la jeunesse, qui ont des histoires d'abus et de négligence chroniques, qui sont exposés à différents facteurs de risque (p. ex., parent ayant un problème de santé mentale ou d'abus de substances, faibles conditions socio-économiques), et qui peuvent vivre des séparations avec leurs donneurs de soins, que ce soit par des placements dans des familles d'accueil de proximité, des ressources des type familial, des foyers de groupe ou des centres de réadaptation. Il est aussi important de réévaluer ces enfants au fil du temps, puisque de nouveaux symptômes et problèmes peuvent émerger, ce qui est souvent le cas pour les traumatismes complexes (Courtois et Ford, 2012). Une évaluation rigoureuse permet également d'aider les cliniciens à comprendre les réactions des jeunes, à mieux identifier les déclencheurs traumatiques et à prévoir leurs modes de comportements (Nader, 2008).

Élaborer des outils d'évaluation du trauma complexe et du TTD est donc une prochaine étape cruciale. À ce jour, quelques instruments sont en cours de validation, et méritent qu'on leur accorde un intérêt particulier, notamment le DTD-SI (Ford *et al.*, 2018). Des études testant ces instruments au sein d'échantillons d'enfants ayant non seulement vécus des blessures traumatiques spécifiques, mais ayant vécu dans un environnement caractérisé par une exposition constante à des menaces à leur sécurité et intégrité physique et psychologique, sont nécessaires, et permettront d'améliorer l'identification de certaines victimes de traumatismes afin que ces derniers reçoivent des soins adaptés à leur réalité.

## Références

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. et Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. et Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jone, J. G. et Dykman, R. A. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22(8), 759-774. doi:10.1016/S0145-2134(98)00062-3
- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V. et Cuneo, J. G. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 2-11. doi:10.1097/PSY.000000000000010
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. et Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Alink, L. R. A., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Mesman, J., Juffer, F. et Koot, H. M. (2008). Cortisol and externalizing behavior in children and adolescents: Mixed meta-analytic evidence for the inverse relation of basal cortisol and cortisol reactivity with externalizing behavior. *Developmental Psychobiology*, 50(5), 427-450. doi:10.1002/dev.20300
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>e</sup> éd.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>e</sup> éd., révisée). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5<sup>e</sup> éd.). Paris, France: Masson.

- Barbosa Pacheco, J. T., Irigaray, T. Q., Werlan, B., Tiellet Nunes, M. L. et de Lima Argimon, I. I. (2014). Childhood maltreatment and psychological adjustment: A systematic review. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(4), 815-824. doi:10.1590/1678-7153.201427422
- Barnett, D., Ganiban, J. et Cicchetti, D. (1999). Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk: Maltreatment, negative expressivity, and the development of type D attachments from 12 to 24 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64(3), 97-118. doi:10.1111/1540-5834.00035
- Bayer, C. P., Klasen, F. et Adam, H. (2007). Association of trauma and PTSD symptoms with openness to reconciliation and feelings of revenge among former Ugandan and Congolese child soldiers. *Journal of the American Medical Association*, 298(5), 555-559. doi:10.1001/jama.298.5.555
- Bernard, K., Lind, T. et Dozier, M. (2014). Neurobiological consequences of neglect and abuse. Dans J. E. Korbin et R. D. Krugman (dir.), *Handbook of child maltreatment* (Vol. 2, p. 205-223). Cleveland, OH: Springer.
- Berton, M. W. et Stabb, S. D. (1996). Exposure to violence and post-traumatic stress disorder in urban adolescents. *Adolescent*, 31(122), 489-494.
- Bolger, K. E., Patterson, C. J. et Kupersmidt, J. B. (1998). Peer relationships and self-esteem among children who have been maltreated. *Child Development*, 69(4), 1171-1197. doi:10.1111/j.1467-8624.1998.tb06166.x
- Bremner, J. D., Randall, P., Vermetten, E., Staib, L., Bronen, R. A., Mazure, C., ... Charney, D. S. (1997). Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse: A preliminary report. *Biological Psychiatry*, 41(1), 23-32. doi: 10.1016/s0006-3223(96)00162-x
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. (2005). *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J., Kaltman, S. et Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 223-226. doi:10.1002/jts.20317
- Briere, J. et Lanktree, C. B. (2012). *Treating complex trauma in adolescents and young adults*. Thousand Oaks, CA: Sage.



- Briere, J. et Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychosocial assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 401-412. doi:10.1002/jts.20048
- Briere, J. et Spinazzola, J. (2009). Assessment of the sequelae of complex trauma: Evidence-based measures. Dans C. A. Courtois et J. D. Ford (dir.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (p. 104-123). New York, NY: Guilford Press.
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Clark, R., Augustyn, M., McCarthy, K. J. et Ford, J. D. (2010). Exposure to potentially traumatic events in early childhood: Differential links to emergent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(10), 1132-1140. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02256.x
- Brown, D. (2009). Assessment of attachment and abuse history, and adult attachment style. Dans C. A. Courtois et J. D. Ford (dir.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (p. 104-123). New York, NY: Guilford Press.
- Bücker, J., Kapczinski, F., Post, R., Ceresér, K. M., Szobot, C., Yatham, L. N., ... Kauer-Sant'Anna, M. (2012). Cognitive impairment in school-aged children with early trauma. *Comprehensive Psychiatry, 53*(6), 758-764. doi:10.1016/j.comppsy.2011.12.006
- Burke, N. J., Hellman, J. L., Scott, B. G., Weems, C. F. et Carrion, V. G. (2011). The impact of adverse childhood experiences on an urban pediatric population. *Child Abuse & Neglect, 35*(6), 408-413. doi:10.1016/j.chiabu.2011.02.006
- Cassidy, J. et Marvin, R. S. (1992). *Attachment organization in preschool children: Procedures and coding manual*. Document inédit, Université de Virginie, VA.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). About the CDC-Kaiser ACE Study. Repéré à <https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about.html>
- Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale. (2008). *La négligence envers les enfants. Bilan des connaissances*. Repéré à <http://biblio.uqar.ca/archives/30162992.pdf>
- Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (2018). *Bilan des DPJ-DP 2017-2018*. Repéré à <https://www.ciuussmcq.ca/telechargement/599/bilan-annuel-dpj-2016-2017/>
- Chiu, C.-D., Ho, H. L., Tollenaar, M. S., Elzinga, B. M. et Zhang, T. (2019). Early relational trauma and self representations: Misattributing externally derived representations as internally generated. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 11*(1), 64-72. doi:10.1037/tra0000369

- Cicchetti, D. et Lynch, M. (1995). Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. Dans D. Cicchetti et D. Cohn (dir.), *Developmental psychopathology* (p. 32-71). New York, NY: Wiley.
- Cicchetti, D. et Rogosch, F. (2001). The impact of child maltreatment and psychopathology on neuroendocrine functioning. *Development and Psychopathology*, 13(4), 783-804. doi:10.1017/S0954579401004035
- Cicchetti, D., Rogosch, F. et Toth, S. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, 18(3), 623-649. doi:10.1017/S0954579406060329
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B. A., Pynoos, R., Wang, J. et Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictor of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. doi:10.1002/jts.20444
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2e éd.). New York, NY: Routledge Academic
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J. D., Lanktree, C., Blaustein, M. E., Cloitre, M., ... van der Kolk, B. A. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. doi:10.3928/00485713-20050501-05
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A. et Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577-584. doi:10.1001/archpsyc.64.5.577
- Cosentino, C. E., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Alpert, J. L., Weinberg, S. L. et Gaines, R. (1995). Sexual behavior problems and psychopathology symptoms in sexually abused girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(8), 1033-1042. doi:10.1097/00004583-199508000-00013
- Courtois, C. A. (2008). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 86-100. doi:10.1037/1942-9681.5.1.86
- Courtois, C. A. et Ford, J. D. (2012). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Courtois, C. A., Ford, J. D. et Cloitre, M. (2009). Best practices in psychotherapy for adults. Dans C. A. Courtois et J. D. Ford (dir.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (p. 82-103). New York, NY: Guilford Press.

- Cowell, R. A., Cicchetti, D., Rogosch, F. A. et Toth, S. L. (2015). Childhood maltreatment and its effect on neurocognitive functioning: Timing and chronicity matter. *Development and Psychopathology*, 27(2), 521-533. doi:10.1017/S0954579415000139
- Crocq, L. (2001). Perspective historique sur le trauma. Dans M. De Clercq et F. Lebigot (dir.), *Les traumatismes psychiques* (p. 23-65). Paris, France: Masson.
- Crozier, J. C. et Barth, R. P. (2005). Cognitive and academic functioning in maltreated children. *Children & Schools*, 27(4), 197-206. doi:10.1093/cs/27.4.197
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J. et van IJzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(1), 87-108. doi:10.1017/S0954579409990289
- D'Andrea, W., Ford, J. D., Stolbach, B., Spinazzola, J. et van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187-200. doi:10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., ... Ryan, N. D. (1999). Developmental traumatology part II. Brain development. *Biological Psychiatry*, 45(10), 1271-1284. doi:10.1016/S0006-3223(99)00045-1
- DePanfilis, D. et Zuravin, S. (1998). Rates, patterns, and frequency of child maltreatment recurrences among families known to CPS. *Child Maltreatment*, 3(1), 27-42. doi:10.1177/1077559598003001003
- Denton, R., Frogley, C., Jackson, S., John, M. et Querstret, D. (2017). The assessment of developmental trauma in children and adolescents: A systematic review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(2), 260-287. doi:10.1177/1359104516631607
- Desgranges, B., Baron, J. C. et Eustache, F. (1998). The functional neuroanatomy of episodic memory: The role of the frontal lobes, the hippocampal formation, and other areas. *Neuroimage*, 8(2), 198-213. doi:10.1006/nimg.1998.0359
- Dewey, D. et Schuldberg, D. (2013). Criterion A, peritraumatic emotions, and posttraumatic stress disorder. *Traumatology*, 19(4), 323-328. doi:10.1177/1534765613496650
- Dierkhising, C. B., Ford, J. D., Branson, C., Grasso, D. J. et Lee, R. (2018). Developmental timing of polyvictimization: Continuity, change, and association with adverse outcomes in adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 87, 40-50. doi:10.1016/j.chiabu.2018.07.022

- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., ... Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 771-784. doi:10.1016/j.chiabu.2004.01.008
- Driessen, M., Herrmann, J., Stahl, K., Zwaan, M., Meier, S., Hill, A., ... Peterson, D. (2000). Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Archives of General Psychiatry*, 57(12), 1115-1122. doi:10.1001/archpsyc.57.12.1115
- Dumas, J. E., LaFreniere, P. J., Capuano, F. et Durning, P. (1997). *Profil socio-affectif (PSA). Évaluation des compétences sociales et des difficultés d'adaptation des enfants de 2 ans ½ à 6 ans*. Paris, France: Centre de Psychologie Appliquée.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. doi:10.1016/s0749-3797(98)00017-8
- Fergusson, D. M., McLoead, G. F. et Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 664-674. doi:10.1016/j.chiabu.2013.03.013
- Finkelhor, D. et Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541. doi:10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. et Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7-26. doi:10.1016/j.chiabu.2006.06.008
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H. et Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreatment*, 10(1), 5-25. doi:10.1177/1077559504271287
- Flaherty, E. G., Thomson, R., Litrownik, A. J., Theodore, A., English, D. J., Black, M. M., ... Dubowitz, H. (2006). Effect of early childhood adversity on child health. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 160(12), 1232-1238. doi:10.1001/archpedi.160.12.1232
- Folette, W. C. et Houts, A. C. (1996). Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: A case study of the DSM. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1120-1132. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1120

- Ford, J. D., Connor, D. F. et Hawke, J. (2009). Complex trauma among psychiatrically impaired children: A cross-sectional, chart-review study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 79(8), 1155-1163. doi:10.4088/JCP.08m04783
- Ford, J. D. et Courtois, C. A. (2009). Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. Dans C. A. Courtois et J. D. Ford (dir.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidenced-based guide* (p. 13-30). New York, NY: Guilford Press.
- Ford J. D. et Courtois, C. A. (2013). *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Ford, J. D., Elhai, J. D., Connor, D. F. et Frueh, B. C. (2010). Poly-victimization and risk of posttraumatic, depressive, and substance use disorders and involvement in delinquency in a national sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46(6), 545-552. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.11.212
- Ford, J. D., Nader, K. et Fletcher, K. E. (2013). Clinical assessment and diagnosis. Dans J. D. Ford et C. A. Courtois (dir.), *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models* (p. 116-139). New York, NY: Guilford Press.
- Ford, J. D., Spinazzola, J., Putnam, F., Stolbach, B. C., Saxe, G. et Pynoos, R. (2007). *Child Complex Trauma Symptom Checklist (CCTSC)*. Document inédit.
- Ford, J. D., Spinazzola, J., van der Kolk, B. et Grasso, D. J. (2018). Toward an empirically based Developmental Trauma Disorder diagnosis for children: Factor structure, item characteristics, reliability, and validity of the developmental trauma disorder semi-structured interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 79(5), 1-9. doi:10.4088/JCP.17m11675
- Ford, J. D., van der Kolk, B. A. et Spinazzola, J. (2019). *Developmental Trauma Disorder (DTD): Symptom list & diagnostic criteria (beta draft)*. Repéré à <https://complextrauma.org/wp-content/uploads/2019/03/DTD-Item-List-Spinazzola-3.13.2019.pdf>
- Freeman, P. A. C. (2014). Prevalence and relationship between adverse childhood experiences and child behavior among young children. *Infant Mental Health Journal*, 35(6), 544-554. doi:10.1002/imhj.21460
- Friedrich, W. N. (1993). Sexual victimization and sexual behavior in children: A review of recent literature. *Child Abuse & Neglect*, 17(1), 59-66. doi:10.1016/0145-2134(93)90008-S

- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Damon, L., Hewitt, S. K., Koverola, C., Lang, R. A., ... Broughton, D. (1992). Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4(3), 303-311. doi:10.1037/1040-3590.4.3.303
- Frodl, T., Reinhold, E., Koutsouleris, N., Reiser, M. et Meisenzahl, E. M. (2010). Interaction of childhood stress with hippocampus and prefrontal cortex volume reduction in major depression. *Journal of Psychiatric Research*, 44(13), 799-807. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.01.006
- Gioia, G. A., Espy, K. A. et Isquith, P. K. (2003). *Behavior Rating Inventory of Executive Function – Preschool version*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Gould, F., Clarke, J., Heim, C., Harvey, P. D., Majer, M. et Nemeroff, C. B. (2012). The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. *Journal of Psychiatric Research*, 46(4), 500-506. doi:10.1016/j.psychires.2012.01.005
- Gouvernement du Québec. (2018). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux 2018*. Repéré à <https://www.ciass-at.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2018/10/2018BilanDPJ.pdf>
- Green, B. L., Goodman, L. A., Krupnick, J. L., Corcoran, C. B., Petty, R. M., Stockton, P. et Stern, N. M. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 271-286. doi:10.1023/A:1007758711939
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. doi:10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gross, J. J. et Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective perspective. *Psychological Science*, 2, 387-410. doi:10.1177/2167702614536164
- Gunnar, M. et Vazquez, D. (2006). Stress neurobiology and developmental psychopathology. Dans D. Cicchetti et D. Cohen (dir.), *Developmental psychopathology* (p. 533-577). New York, NY: Wiley.
- Gustafsson, P. E., Nilsson, D. et Svedin, C. G. (2009). Polytraumatization and psychological symptoms in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(5), 274-283. doi:10.1007/s00787-008-0728-2
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York, NY: Basic Books.

- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A. et Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 891-898. doi:10.1016/j.chiabu.2013.04.001
- Holt, M. K., Finkelhor, D. et Kantor, G. K. (2007). Multiple victimization experiences of urban elementary school students: Associations with psychosocial functioning and academic performance. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 503-515. doi:10.1016/j.chiabu.2006.12.006
- Hulette, A. C., Fisher, P. A., Kim, H. K., Ganger, W. et Landsverk, J. L. (2008). Dissociation in foster preschoolers: A replication and assessment study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9(2), 173-190. doi:10.1080/15299730802045914
- Institut de la statistique du Québec. (2018). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales*. Repéré à <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/environnement-social/violence-familles/violence-familiale-2018.pdf>
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shelvin, M., Hyland, P., ... Brewin, C. R. (2017). PTSD and complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(7), 1-6. doi:10.1080/20008198.2017.1418103
- Kendall-Tackett, K. A., William, L. M. et Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180. doi:10.1037/0033-2909.113.1.164
- King, J. A., Solomon, P. et Ford, J. D. (2017). The Cameron Complex Trauma Interview (CCTI): Development, psychometric properties, and clinical utility. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 18-22. doi:10.1037/tra0000138
- Kisiel, C. L., Fehrenbach, T., Torgersen, E., Stolbach, B., McClelland, G., Griffin, G. et Burkman, K. (2014). Constellations of interpersonal trauma and symptoms in child welfare: Implication for a developmental trauma framework. *Journal of Family Violence*, 29(1), 1-14. doi:10.1007/s10896-013-9559-0
- Klasen, F., Gehrke, J., Metzner, F., Blotevogel, M. et Okello, J. (2013). Complex trauma symptoms in former Ugandan child soldiers. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(7), 698-713. doi:10.1080/10926771.2013.814741
- Kliethermes, M., Schacht, M. et Drewry, K. (2014). Complex trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 339-361. doi:10.1016/j.chc.2013.12.009

- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Lansford J. E., Godwin, J., Uribe Tirado, L. M., Zelli, A., Al-Hassan, S. M., Bacchini, D., ... Peña Alampay, L. (2015). Individual, family, and culture level contributions to child physical abuse and neglect: A longitudinal study in nine countries. *Development and Psychopathology*, 27(4), 1417-1428. doi:10.1017/S095457941500084X
- Larivée, M.-C., Tourigny, M. et Bouchard, C. (2007). Child physical abuse with and without other forms of maltreatment: Dysfunctionality versus dysnormality. *Child Maltreatment*, 12(4), 303-313. doi:10.1177/1077559507305832
- Lau, A. S. et Weisz, J. R. (2003). Reported maltreatment among clinic-referred children: Implications for presenting problems, treatment attrition, and long-term outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1327-1334. doi:10.1097/01.CHI.0000085754.71002.14
- Lavi, I., Katz, L. F., Ozer, E. J. et Gross, J. J. (2019). Emotion reactivity and regulation in maltreated children: A meta-analysis. *Child Development*, 90(5), 1503-1524. doi:10.1111/cdev.13272
- Liu, R. T. (2019). Childhood maltreatment and impulsivity: A meta-analysis and recommendations for future study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(2), 221-243. doi:10.1007/s10802-018-0445-3
- Ma, E. Y. M. et Li, F. W. S. (2014). Developmental trauma and its correlates: A study of Chinese children with repeated familial physical and sexual abuse in Hong Kong. *Journal of Traumatic Stress*, 27(4), 454-460. doi:10.1002/jts.21944
- MacKenzie, M. J., Kotch J. B. et Lee L.-C. (2011). Toward a cumulative ecological risk model for the etiology of child maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 33(9), 1638-1647. doi:10.1016/j.childyouth.2011.04.018
- Macksoud, M. (1990). *Childhood War Trauma Questionnaire – Child version*. New York, NY: Columbia University.
- Majer, M., Nater, U. M., Lin, J. M. S., Capuron, L. et Reeves, W. C. (2010). Association of childhood trauma with cognitive function in healthy adults: A pilot study. *BMC Neurology*, 10(1), 61-71. doi:10.1186/1471-2377-10-61
- Margolin, G. et Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*, 51, 445-479. doi:10.1146/annurev.psych.51.1.445



- Marshall, G. N., Orlando, M., Jaycox, L. H., Foy, D. W. et Belzberg, H. (2002). Development and validation of a modified version of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. *Psychological Assessment*, 14(2), 123-134. doi:10.1037/1040-3590.14.2.123
- McBurnett, K., Lahey, B. B., Rathouz, P. J. et Loeber, R. (2000). Low salivary cortisol and persistent aggression in boys referred for disruptive behavior. *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 38-43. doi: 10.1001/archpsyc.57.1.38
- McCloskey, L. A. et Walker, M. (2000). Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1), 108-115. doi: 10.1097/00004583-200001000-0023
- McCrae, J. S., Chapman, M. V. et Christ, S. L. (2006). Profile of children investigated for sexual abuse: Association with psychopathology symptoms and services. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 468-481. doi:10.1037/0002-9432.76.4.468
- McDonald, M. K., Borntrager, C. F. et Rostad, W. (2014). Measuring trauma: Considerations for assessing complex and non-PTSD criterion a childhood trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(2), 184-203. doi:10.1080/15299732.2014.867577
- Mennen, F. E., Kim, K., Sang, J. et Trickett, P. K. (2010). Child neglect: Definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 34(9), 647-658. doi:10.1016/j.chiabu.2010.02.007
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismore, J. T. et Renshaw, K. D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 146-172. doi:10.1007/s10567-013-0131-5
- Milot, T., Éthier, L. S., St-Laurent, D. et Provost, M. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 225-234. doi:10.1016/j.chiabu.2009.07.006
- Mueser, K. T. et Taub, J. (2008). Trauma and PTSD among adolescents with severe emotional disorders involved in multiple service systems. *Psychiatric Services*, 59(6), 627-634. doi:10.1176/appi.ps.59.6.627
- Mustillo, S. A., Dorsey, S., Conover, K. et Burns, B. J. (2011). Parental depression and child outcomes: The mediating effects of abuse and neglect. *Journal of Marriage and Family*, 73(1), 164-180. doi:10.1111/j.1741-3737.2010.00796.x

- Nadeau, M.-È. et Nolin, P. (2013). Attentional and executive functions in neglected children. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 16(1), 1-10. doi:10.1080/19361521.2013.733794
- Nader, K. (2008). *Understanding and assessing trauma in children and adolescents: Measures, methods, and youth in context*. New York, NY: Routledge Taylor Francis Group.
- National Child Traumatic Stress Network. (2020). Who we are. Repéré à <https://www.nctsn.org/about-us/who-we-are>
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O. et Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11), 688-694. doi:10.1097/00005053-199611000-00006
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A. et Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9(4), 855-879. doi:10.1017/S0954579497001478
- Organisation mondiale de la santé. (2018). L'OMS publie sa nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11). Repéré à [https://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
- Organisation mondiale de la santé. (2019). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes connexes (CIM-11)* (11<sup>e</sup> éd.). Genève, Suisse: Masson.
- Paul, E. et Ortin, A. (2019). Correlates of suicidal ideation and self-harm in early childhood in a cohort at risk for child abuse and neglect. *Archives of Suicide Research*, 23(1), 134-150. doi:10.1080/13811118.2017.1413468
- Perry, B. et Szalavitz, M. (2017). *The boy who was raised as a dog and other stories from a child psychiatrist's notebook: What traumatized children can teach us about loss, love, and healing*. New York, NY: Basic Books.
- Pianta, R. C. (2001). *Student-Teacher Relationship Scale: Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York, NY: Guilford Press.

- Putnam, F. W., Helmers, K. et Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*, 17(6), 731-741. doi:10.1016/S0145-2134(08)80004-X
- Reiss, D. et Price, R. H. (1996). National research agenda for prevention research: The National Institute of Mental Health report. *American Psychologist*, 51(1), 1109-1115. doi:10.1037/0003-066X.51.11.1109
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., ... Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 241-251. doi:10.1002/jts.21699
- Ritchie, K., Jaussent, I., Stewart, R., Dupuy, A. M., Courtet, P., Malafosse, A. et Ancelin, M. L. (2011). Adverse childhood environment and late-life cognitive functioning. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(5), 503-510. doi:10.1002/gps.2553
- Rodriguez, N., Steinberg, A. et Pynoos, R. (1998). *UCLA Postraumatic Stress Disorder Reaction Index for DSM-IV - Child, adolescent, and parent versions*. Los Angeles, CA: University of California at Los Angeles.
- Runyam, D., Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F. et Ramiro, L. (2002). La maltraitance des enfants et le manque de soins de la part des parents ou des tuteurs. Dans É. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. Zwi et R. Lozano-Ascencio (dir.), *Rapport mondial sur la violence et la santé* (p. 63-89). Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.
- Sansone, R. A., Songer, D. A. et Miller, K. A. (2005). Childhood abuse, mental healthcare utilization, self-harm behavior, and multiple psychiatric diagnoses among inpatients with and without a borderline diagnosis. *Comprehensive Psychiatry*, 46(2), 117-120. doi:10.1016/j.comppsy.2004.07.033
- Schalinski, I., Teicher, M. H., Nischk, D., Hinderer, E., Müller, O. et Rockstroh, B. (2016). Type and timing of adverse childhood experiences differentially affect severity of PTSD, dissociative and depressive symptoms in adult inpatients. *BMC Psychiatry*, 16(1), 295-309. doi:10.1186/s12888-016-1004-5
- Serafini, G., Muzio, C., Piccinini, G., Flouri, E., Ferrigno, G., Pompili, M., ... Amore, M. (2015). Life adversities and suicidal behavior in young individuals: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(1), 1423-1446. doi:10.1007/s00787-015-0760-y

- Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y. et Rogers, J. E. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for children and adolescents (MINI-KID). *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3), 313-326. doi:10.4088/JCP.09m05305whi
- Shirtcliff, E. A., Granger, D. A., Booth, A. et Johnston, D. (2005). Low salivary cortisol levels and externalizing behavior problems in youth. *Development and Psychopathology*, 17(1), 167-184. doi:10.1017/S0954579405050091
- Spinazzola, J., Ford, J. D., Zucker, M., van der Kolk, B. A., Silva, S., Smith, S. F. et Blaustein, M. (2005). Survey evaluates complex trauma exposure, outcome, and intervention among children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 433-439. doi:10.3928/00485713-20050501-09
- Spinazzola, J., van der Kolk, B. et Ford, J. D. (2018). When nowhere is safe: Interpersonal trauma and attachment adversity as antecedents of posttraumatic stress disorder and developmental trauma disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 31(5), 631-642. doi:10.1002/jts.22320
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A. et Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to childhood*. New York, NY: Guilford Press.
- Stein, M. B. (1997). Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychological Medicine*, 27(4), 951-959. doi:10.1017/s0033291797005242
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., ... Dees, J. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13-29. doi: 10.1016/j.avb.2006.03.006
- Stolbach, B. C. (1997). *The Children's Dissociative Experiences Scale and Posttraumatic Symptom Inventory: Rationale, development, and validation of a self-report measure*. Document inédit, Université du Colorado, CO.
- Stolbach, B. C., Minshew, R., Rompala, V., Dominguez, R. Z., Gazibara, T. et Finke, R. (2013). Complex trauma exposure and symptoms in urban traumatized children: A preliminary test of proposed criteria for developmental trauma disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 26(4), 483-491. doi:10.1002/jts.21826
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A. et van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50. doi:10.1002/car.2353

- Stover, C. S. et Berkowitz, S. (2005). Assessing violence exposure and trauma symptoms in young children: A critical review of measures. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 707-717. doi:10.1002/jts.20079
- Strand, V. C., Sarmiento, T. L. et Pasquale, L. E. (2005). Assessment and screening tools for trauma in children and adolescents: A review. *Trauma, Violence & Abuse*, 6(1), 55-78. doi:10.1177/1524838004272559
- Su, Y., D'Arcy, C., Yuan, S. et Meng, X. (2019). How does childhood maltreatment influence ensuing cognitive functioning among people with the exposure of childhood maltreatment? A systematic review of prospective cohort studies. *Journal of Affective Disorders*, 252, 278-293. doi:10.1016/j.jad.2019.04.026
- Sullivan, T. P., Fehon, D. C., Andres-Hyman, R. C., Lipschitz, D. S. et Grilo, C. M. (2006). Differential relationships of childhood abuse and neglect subtypes to PTSD symptom clusters among adolescent inpatients. *Journal of Traumatic Stress*, 19(2), 229-239. doi:10.1002/jts.20092
- Tarullo, A. R. et Gunnar, M. R. (2006). Child maltreatment and the developing HPA axis. *Hormones and Behavior*, 50(4), 632-639. doi:10.1016/j.yhbeh.2006.06.010
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P. et Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27(1-2), 33-44. doi:10.1016/S0149-7634(03)00007-1
- Teicher, M. H., Dumont, N. L., Ito, Y., Vaituzis, C., Giedd, J. N. et Andersen, S. L. (2004). Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biological Psychiatry*, 56(2), 80-85. doi:10.1016/j.biopsych.2004.03.016
- Teicher, M. H., Ito, Y., Glod, C. A. et Andersen, S. L. (1997). Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI. Dans R. Yehuda et A. C. McFarlane (dir.), *Psychobiology of posttraumatic stress disorder*. New York, NY: New York Academy of Sciences.
- Thege, B. K., Horwood, L., Slater, L., Tan, M. C., Hodgins, D. C. et Wild, T. C. (2017). Relationship between interpersonal trauma exposure and addictive behaviors: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 17(1), 164-181. doi:10.1186/s12888-017-1323-1
- Tomoda, A., Suzuki, H., Rabi, K., Sheu, Y.-S., Polcari, A. et Teicher, M. H. (2009). Reduced prefrontal cortical gray matter volume in young adults exposed to harsh corporal punishment. *NeuroImage*, 47(2), 66-71. doi:10.1016/j.neuroimage.2009.03.005

- Toth, S. L., Cicchetti, D., Macfie, J. et Emde, R. N. (1997). Representations of self and other in the narratives of neglected, physically abused, and sexually abused preschoolers. *Development and Psychopathology*, 9(4), 781-796. doi:10.1017/S0954579497001430
- Toth, S. L., Cicchetti, D., MacFie, J., Maughan, A. et Vanmeenen, K. (2000). Narrative representations of caregiver and self in maltreated pre-schoolers. *Attachment & Human Development*, 2(3), 271-305. doi:10.1080/14616730010000849
- Trickett, P. K., Mennen, F. E., Kim, K. et Sang, J. (2009). Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 27-35. doi:10.1016/j.chiabu.2008.12.003
- Trickett, P. K., Noll, J. G. et Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multi-generational, longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 23(2), 453-476. doi:10.1017/S0954579411000174
- Turner, H. A., Finkelhor, D. et Ormrod, R., (2010). The effects of adolescent victimization on self-concept and depressive symptoms. *Child Maltreatment*, 15, 76-90. doi:10.1177/1077559509349444
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408. doi:10.3928/00485713-20050501-06
- van der kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York, NY: Penguin Books.
- van der Kolk, B. A., Ford, J. D. et Spinazzola, J. (2019). Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: Findings from the DTD field trial. *European Journal*, 10(1), doi:10.1080/20008198.2018.1562841
- van der Kolk, B. A., Perry, J. C. et Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1665-1671.
- van der Kolk, B. A., Pynoos, R., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D., ... Teicher, M. H. (2009). *Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V*. Repéré à [http://www.traumacenter.org/announcements/DTD\\_papers\\_Oct\\_09.pdf](http://www.traumacenter.org/announcements/DTD_papers_Oct_09.pdf)
- van Harmelen, A. L., de Jong, P. J., Glashouwer, K. A., Spinhoven, P., Penninx, B. W. et Elzinga, B. M. (2010). Child abuse and negative explicit and automatic self-associations: The cognitive scars of emotional maltreatment. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 486-494. doi:10.1016/j.brat.2010.02.003

- Vonderlin, R., Kleindienst, N., Alpers, G. W., Bohus, M., Lyssenko, L. et Schmahl, C. (2018). Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: A meta-analytic review. *Psychological Medicine*, 48(15), 2467-2476. doi:10.1017/S0033291718000740
- Wamser-Nanney, R. (2016). Examining the complex trauma definition using children's self-reports. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 9(4), 295-304. doi:10.1007/s40653-016-0098-8
- Wamser-Nanney, R. et Vanderberg, B. R. (2013). Empirical support for the definition of a complex trauma event in children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 26(6), 671-678. doi:10.1002/jts.21857
- Wegman, H. L. et Steltler, C. (2009). A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosomatic Medicine*, 71(8), 805-812. doi:10.1097/PSY.0b013e3181bb2b46
- Welner, Z., Reich, W., Herjanic, B., Jung, K. G. et Amado, H. (1987). Reliability, validity, and parent-child agreement studies of the Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(5), 649-653. doi:10.1097/00004583-198709000-00007
- Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1223-1229. doi:10.1176/ajp.156.8.1223
- Williamson, D. F., Thompson, T. J., Anda, R. F., Dietz, W. H. et Felitti, V. J. (2002). Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity*, 26(8), 1075-1082. doi:10.1038/sj.ijo.0802038

## **Appendice A**

Nouvelle version originale anglaise de la proposition diagnostique du *Developmental trauma disorder* (Ford *et al.*, 2019)



### **A. Lifetime Contemporaneous Exposure to Developmental Trauma**

- A1. Primary caregiving system attachment disruption: impaired caregiver, neglect, prolonged separation, verbal/emotional abuse)
- A2. Interpersonal victimization: physical or sexual abuse or assault, domestic/intimate partner violence

### **B. Affective and Somatic Dysregulation (4 items; 3 required for DTD)**

- B1. Emotion dysregulation: B1a. extreme and intolerable negative affect states, OR B1b. impaired recovery from extreme negative affect states
- B2. Somatic dysregulation: B2a. aversion to touch, OR B2b. aversion to sounds, OR B2c. somatic distress/illness that cannot medically be explained or resolved
- B3. Impaired awareness or dissociation of emotions or body: B3a. absence of emotion, OR B3b. physical anesthesia that cannot medically be explained or resolved
- B4. Impaired capacity to describe emotions or bodily states: B4a. alexithymia OR B4b. impaired ability to recognize or express somatic feelings or states

### **C. Attentional and Behavioral Dysregulation (5 items; 2 required for DTD)**

- C1. Attention bias toward or away from potential threats: C1a. threat-related rumination, OR C1b. hyper- or hypo-vigilance to actual or potential danger
- C2. Impaired capacity for self-protection: C2a. extreme risk-taking, thrill-seeking or recklessness, OR C2b. intentional provocation of conflict or violence
- C3. Maladaptive self-soothing
- C4. Habitual (intentional or automatic) or reactive self-harm (non-suicidal self-injury)
- C5. Inability to initiate or sustain goal-directed behavior

**D. Self and Relational Dysregulation (6 items; 2 required for DTD)**

D1. Persistent extreme negative self-perception: self-loathing or view of self as damaged / defective

D2. Attachment insecurity and disorganization: D2a. parentified over-protection of caregivers, OR D2b. difficulty tolerating reunion after separation from primary caregivers

D3. Extreme persistent distrust, defiance or lack of reciprocity in close relationships: D3a. expectation of betrayal, OR D3b. oppositional-defiance based on expectation of coercion or exploitation

D4. Reactive physical or verbal aggression

D5. Psychological boundary deficits: D5a. inappropriate (excessive or promiscuous) intimate contact (physical or sexual), OR D5b. or excessive reliance on peers or adults for safety and reassurance

D6. Impaired capacity to regulate empathic arousal: D6a. lack of empathy for, or intolerance of, other's distress, OR D6b. excessive responsiveness to the distress of others (Ford *et al.*, 2019)

## **Appendice B**

Appariement des items des questionnaires et de la mesure observationnelle avec les sous-critères/symptômes des critères B, C et D du TTD

## **B. Affective and Somatic Dysregulation**

### **B1. Emotion dysregulation**

#### **B1a. Extreme and intolerable negative affect states**

##### ***BRIEF – P (Gioia, Espy et Isquith, 2003) éducatrices/enseignantes :***

Item 1 : Réagit de manière excessive à de petits problèmes

Item 6 : A des crises de colère explosives

Item 16 : S'empporte facilement à la moindre occasion

Item 26 : Des événements mineurs provoquent d'intenses réactions

##### ***CBCL – C – TRF (Achenbach et Rescorla, 2000) éducatrices/enseignantes :***

Item 85 : Pique des crises ou tempérament colérique

Item 38 : Comportement explosif et imprévisible

Item 44 : Humeur colérique

Item 90 : Malheureux, triste ou déprimé

##### ***CBCL – C – TRF (Achenbach et Rescorla, 2000) mères :***

Item 85 : Pique des crises ou tempérament colérique

Item 44 : Humeur colérique

Item 90 : Malheureux, triste ou déprimé

##### ***CDC (Putnam et al., 1993) éducatrices/enseignantes :***

Item 16 : L'enfant a d'intenses crises de colère, souvent sans raison apparente et peut démontrer une force physique inhabituelle durant ces épisodes

##### ***TSCYC (Briere, 2005) éducatrices/enseignantes :***

Item 40 : Faire une dépression nerveuse

##### ***PSA (Dumas et al., 1997) éducatrices/enseignantes :***

Item 10 : Irritable, s'empporte facilement

**B1b. Impaired recovery from extreme negative affect states**

Aucun item.

**B2. Somatic dysregulation**

**B2a. Aversion to touch**

Aucun item.

**B2b. Aversion to sounds**

***BRIEF – P (Gioia, Espy et Isquith, 2003) éducatrices/enseignantes :***

Item 25 : Est dérangé par les bruits forts, les lumières intenses ou par certaines odeurs

**B2c. Somatic distress/illness that cannot medically be explained or resolved**

***CBCL – C – TRF (Achenbach et Rescorla, 2000) éducatrices/enseignantes :***

Item 1 : Maux ou douleurs (sans cause médicale; ne pas inclure maux d'estomac ou de tête)

Item 39 : Maux de tête (sans cause médicale)

Item 45 : Nausées, se sent malade (sans cause médicale)

Item 50 : Extrêmement fatigué sans raison apparente

Item 57 : Problèmes aux yeux (sans cause médicale) (décrire)

Item 60 : Rougeurs ou autres problèmes de peau (sans cause médicale)

Item 78 : Maux de ventre ou crampes abdominales (sans cause médicale)

Item 93 : Vomissements (sans cause médicale)

***CBCL – C – TRF (Achenbach et Rescorla, 2000) mères :***

Item 1 : Maux ou douleurs (sans cause médicale; ne pas inclure maux d'estomac ou de tête)

Item 12 : Constipé, ne fait pas de selles (lorsqu'il/elle n'est pas malade)

Item 19 : Diarrhées ou va souvent à la selle (lorsqu'il/elle n'est pas malade)

Item 39 : Maux de tête (sans cause médicale)

Item 45 : Nausées, se sent malade (sans cause médicale)

Item 50 : Extrêmement fatigué sans raison apparente

Item 57 : Problèmes aux yeux (sans cause médicale) (décrire)

Item 60 : Rougeurs ou autres problèmes de peau (sans cause médicale)

Item 78 : Maux de ventre ou crampes abdominales (sans cause médicale)

Item 93 : Vomissements (sans cause médicale)

***CDC (Putnam et al., 1993) éducatrices/enseignantes :***

Item 11 : L'enfant a des plaintes physiques qui changent rapidement, comme un mal de tête ou un mal de ventre. Par exemple, il/elle peut se plaindre d'un mal de tête une minute et sembler l'avoir complètement oublié la minute suivante

**B3. Impaired awareness or dissociation of emotions or body**

**B3a. Absence of emotion**

***CBCL – C – TRF (Achenbach et Rescorla, 2000) éducatrices/enseignantes:***

Item 12 : Apathique ou non-motivé

***CDC (Putnam et al., 1993) éducatrices/enseignantes :***

Item 2 : L'enfant devient parfois hébété ou comme en état de transe ou apparaît souvent comme « dans la brume » ou « parti ». Les professeurs peuvent rapporter qu'il « rêve » fréquemment à l'école

***TSCYC (Briere, 2005) éducatrices/enseignantes :***

Item 72 : Agir comme si il/elle ne ressentait rien à propos de quelque chose de pénible qui lui est arrivé

***PSA (Dumas et al., 1997) éducatrices/enseignantes :***

Item 2 : Maintient une expression faciale neutre (ne rit et ne sourit pas)

**B3b. Physical anesthesia that cannot medically be explained or resolved**

Aucun item.

#### **B4. Impaired capacity to describe emotions or bodily states**

##### **B4a. Alexithymia**

Aucun item.

##### **B4b. Impaired ability to recognize or express somatic feelings or states**

Aucun item.

#### **C. Attentional and Behavioral Dysregulation**

##### **C1. Attention bias toward or away from potential threats**

###### **C1a. Threat-related rumination**

Aucun item.

###### **C1b. Hyper- or hypo-vigilance to actual or potential danger**

*TSCYC (Briere, 2005) éducatrices/enseignantes :*

Item 48 : Être toujours aux aguets d'un éventuel danger

##### **C2. Impaired capacity for self-protection**

###### **C2a. Extreme risk-taking, thrill-seeking or recklessness**

*BRIEF – P (Gioia, Espy et Isquith, 2003) éducatrices/enseignantes :*

Item 62 : S'amuse de façon imprudente ou dangereuse dans des situations où il(elle) pourrait se blesser (comme au terrain de jeux, ou à la piscine)

*CBCL – C – TRF (Achenbach et Rescorla, 2000) éducatrices/enseignantes :*

Item 72 : N'a pas assez peur de se blesser, imprudent

*CBCL – C – TRF (Achenbach et Rescorla, 2000) mères :*

Item 72 : N'a pas assez peur de se blesser, imprudent

###### **C2b. Intentional provocation of conflict or violence**

*CBCL – C – TRF (Achenbach et Rescorla, 2000) éducatrices/enseignantes :*

Item 15 : Provocateur

***CBCL – C – TRF (Achenbach et Rescorla, 2000) mères :***

Item 15 : Provocateur

***PSA (Dumas et al., 1997) éducatrices/enseignantes :***

Item 31 : Cherche à se battre avec des enfants plus faibles que lui

Item 59 : Exprime du plaisir à faire mal aux enfants

**C3. Maladaptive self-soothing**

***CBCL – C – TRF (Achenbach et Rescorla, 2000) éducatrices/enseignantes :***

Item 63 : Se balance répétitivement la tête ou le corps

Item 55 : Joue trop avec ses organes sexuels

***CBCL – C – TRF (Achenbach et Rescorla, 2000) mères :***

Item 63 : Se balance répétitivement la tête ou le corps

Item 55 : Joue trop avec ses organes sexuels

**C4. Habitual (intentional or automatic) or reactive self-harm (non-suicidal self-injury)**

***CDC (Putnam et al., 1993) éducatrices/enseignantes :***

Item 13 : L'enfant a des blessures inexplicables ou peut même parfois se blesser de façon intentionnelle

**C5. Inability to initiate or sustain goal-directed behavior**

***BRIEF – P (Gioia, Espy et Isquith, 2003) éducatrices/enseignantes :***

Item 7 : A de la difficulté à réaliser les actions nécessaires pour compléter des tâches (essayer de placer des morceaux de casse-tête un à la fois, ranger ses choses pour mériter une récompense)

Item 9 : A besoin qu'on lui dise de commencer une tâche et ce, même si disposé à le faire

Item 27 : A de la difficulté avec les activités ou les tâches qui ont plus d'une étape

Item 32 : A besoin de l'aide d'un adulte pour demeurer sur une tâche

Item 37 : Oublie ce qu'il (elle) est en train de faire en plein milieu d'une activité



Item 42 : A de la difficulté à terminer les tâches (comme les jeux, casse-têtes, jeux de faire semblant)

Item 49 : Ne complète pas les tâches même après avoir reçu des consignes précises

Item 51 : A de la difficulté à débiter une activité ou une tâche même après qu'on lui ait demandé

#### **D. Self and Relational Dysregulation**

##### **D1. Persistent extreme negative self-perception: self-loathing or view of self as damaged / defective**

Aucun item.

##### **D2. Attachment insecurity and disorganization**

###### **D2a. Parentified over-protection of caregivers**

*Procédure de Séparation-Réunion (Cassidy et Marvin, 1992) :*

Type d'attachement désorganisé

###### **D2b. Difficulty tolerating reunion after separation from primary caregivers**

*Procédure de Séparation-Réunion (Cassidy et Marvin, 1992) :*

Type d'attachement désorganisé

##### **D3. Extreme persistent distrust, defiance or lack of reciprocity in close relationships**

###### **D3a. Expectation of betrayal**

Aucun item.

###### **D3b. oppositional-defiance based on expectation of coercion or exploitation**

Aucun item.

##### **D4. Reactive physical or verbal aggression**

**CBCL – C – TRF (Achenbach et Rescorla, 2000) éducatrices/enseignantes :**

Item 22 : Est brutal, cruel ou méchant envers les autres

Item 35 : Se bagarre souvent

Item 40 : Frappe les autres

Item 53 : Attaque physiquement les gens

**CBCL – C – TRF (Achenbach et Rescorla, 2000) mères :**

Item 35 : Se bagarre souvent

Item 40 : Frappe les autres

Item 53 : Attaque physiquement les gens

**PSA (Dumas *et al.*, 1997) éducatrices/enseignantes :**

Item 62 : Frappe l'éducateur ou détruit des choses lorsqu'il est en colère contre lui

**D5. Psychological boundary deficits**

**D5a. Inappropriate (excessive or promiscuous) intimate contact (physical or sexual)**

**CDC (Putnam *et al.*, 1993) éducatrices/enseignantes :**

Item 12 : L'enfant est très précoce sexuellement et peut avoir des comportements sexuels inappropriés pour son âge avec d'autres enfants ou adultes

**D5b. Excessive reliance on peers or adults for safety and reassurance**

**CBCL – C – TRF (Achenbach et Rescorla, 2000) éducatrices/enseignantes:**

Item 10 : S'accroche aux adultes ou trop dépendant

**CBCL – C – TRF (Achenbach et Rescorla, 2000) mères :**

Item 10 : S'accroche aux adultes ou trop dépendant

**PSA (Dumas *et al.*, 1997) éducatrices/enseignantes :**

Item 70 : Demande l'aide de l'éducateur même si elle n'est pas nécessaire

Item 75 : S'accroche à l'éducateur dans les situations nouvelles (p. ex., sorties)

**STRS (Pianta, 2001) éducatrices/enseignantes :**

Item 8 : Cet enfant réagit fortement lorsqu'il (elle) doit se séparer de moi

Item 10 : Cet enfant est trop dépendant de moi

Item 14 : Cet enfant me demande de l'aide même s'il n'en a pas vraiment besoin

Item 17 : Cet enfant semble blessé ou jaloux quand je passe du temps avec d'autres enfants

**D6. Impaired capacity to regulate empathic arousal**

**D6a. Lack of empathy for, or intolerance of, other's distress**

*PSA (Dumas et al., 1997) éducatrices/enseignantes :*

Item 32 : Force l'autre à faire des choses contre son gré

Item 45 : Console ou aide un enfant qui a de la difficulté [item inversé]

**D6b. Excessive responsiveness to the distress of others**

Aucun item.